

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ПРОПЕДЕВТИКА»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
для лиц на базе среднего профессионального образования
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
2 семестр				
1.	1 Организация работы врача-стоматолога на амбулаторном стоматологическом приеме.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Стоматологическое оборудование и инструментарий	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Асептика и антисептика в стоматологии	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Основные и дополнительные методы обследования.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Анатомия зубов. Анатомо-гистологическое строение периодонта и пародонта.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
6.	Организация хирургической стоматологической помощи.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
7.	Зубные отложения.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
3 семестр				
8	Основы препарирования кариозных полостей I класса по Блеку	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
9	Основные этапы и принципы препарирования кариозных	ОПК-6 ПК-5	Устный ответ, стандартизированный	Пятибалльная шкала

	полостей II класса по Блеку.	ПК-8	тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	оценивания
10	Клинико-топографическая классификация кариозных полостей.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
11	О с н о в ы п р е п а р и р о в а н и я к а р и о з н ы х п о л о с т е й	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
12	Основные этапы и принципы препарирования кариозных полостей III класса по Блеку.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
13	Основные этапы и принципы препарирования кариозных полостей IV класса по Блеку	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
14	Основные этапы и принципы препарирования кариозных полостей V класса по Блеку	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
15	Методы восстановления анатомической формы коронки зуба пломбировочными материалами.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
16	Материалы для пломбирования кариозных полостей	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
17	Физиологическое значение контактного пункта	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
18	Пломбирование кариозных полостей I, V, VI классов по Блеку.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
19	Пломбирование кариозных полостей II, III, IV классов по Блеку	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль.	Пятибалльная шкала оценивания

			Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	
20	Методика клинического применения композитных пломбировочных материалов	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
21	Ошибки в процессе пломбирования кариозных полостей.	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
4 семестр				
22	Эндодонтия как наука		Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	
23	Эндодонтический инструментарий	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
24	Антисептические и лечебные препараты в эндодонтии	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
25	Препарирование корневых каналов	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
26	Пломбировочные материалы для корневых каналов	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
27	Пломбирование корневых каналов	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания
28	Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении	ОПК-6 ПК-5 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.	Пятибалльная шкала оценивания

2 Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины)

перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- решение ситуационных задач
- работа на симуляторах.
- иные формы контроля, определяемые преподавателем

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

2 семестр

Тема 1. Организация работы врача-стоматолога на амбулаторном стоматологическом приеме.

1. Для организации стоматологического кабинета нужно:

- 1) пригодное помещение, стоматологическая установка, кресло, специальный набор инструментария, стерилизатор и т.д.
- 2) операционный стол, наркозный аппарат, фонендоскоп, кислородный баллон и т.д.
- 3) ортопантомограф, рентгеновский аппарат

2. Площадь стоматологического кабинета должна составлять минимально на одно кресло (м):

1. 18
2. 16,5
3. 15
4. 14
5. 9

3. Высота потолка в стоматологическом кабинета должна быть не менее (м):

1. 4,5
2. 3,3
3. 3,0
4. 2,8
5. 2,0

4. Стены в стоматологическом кабинете, согласно существующим нормативам, покрывают:

1. обоями
2. побелкой
3. керамической плиткой
4. гобеленом
5. Пластиком

5. Окна в стоматологическом кабинете ориентируют на:

1. юг
2. север
3. восток
4. запад
5. юго-запад

6. Максимальный радиус загрязнения стоматологического кабинета от места лечения пациента составляет не менее (метров):

1. 0,5
2. 1,5
3. 3,0
4. 4,0
5. 5,0

8. Основными принципами препарирования являются:

- 1) безболезненность и профилактическое иссечение твердых тканей зуба до иммунных зон
- 2) профилактическое иссечение и принцип биологической целесообразности
- 3) принцип биологической целесообразности и безболезненность

9. Принцип биологической целесообразности заключается:

- 1) в профилактическом препарировании твердых тканей зуба до иммунных зон
- 2) в максимальном сохранении видимо здоровых тканей

10. Максимальный радиус загрязнения стоматологического кабинета от места лечения пациента составляет не менее (метров):

1. 0,5
2. 1,5
3. 3,0
4. 4,0
5. 5,0

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	4	3	3	2	3	4	3	2	3

Тема 2. Стоматологическое оборудование и инструментарий

1. Стоматологические установки:

- 1) механические
- 2) пневматические
- 3) пневмомеханические
- 4) верно 1); 2)

2. Боры для углового наконечника бывают длиной (см):

1. 3,0
2. 2,7
3. 2,5
4. 2,2
5. 1,0

3. Размеры экскаваторов:

1. 0-3
2. 0-4
3. 0-8
4. 1-4
5. 1-8

4. Длина бора углового наконечника

- 1) 30 мм
- 2) 28 мм
- 3) 44 мм
- 4) 22 мм

5. Длина бора для прямого наконечника

- 1) 28 мм
- 2) 44 мм
- 3) 57 мм

6. Стальные и твердосплавные боры:

- 1) трапециевидные
- 2) шаровидные
- 3) многоугольные
- 4) цилиндрические
- 5) конусовидные
- 6) обратноконусовидные
- 7) прямоугольные

7. Для осмотра полости рта используют:

- 1) зеркало
- 2) зонд
- 3) шпатель
- 4) пинцет

- 5) экскаватор
- 6) штопфер
- 7) гладилка
- 8) скальпель

8. Прямыми щипцами удаляют:

1. моляры
2. резцы верхней челюсти
3. резцы нижней челюсти
4. премоляры верхней челюсти
5. премоляры нижней челюсти

9. S-образными щипцами без шипов удаляют:

1. премоляры верхней челюсти
2. премоляры нижней челюсти
3. моляры верхней челюсти
4. корни зубов
5. моляры нижней челюсти

10. S-образными щипцами с шипом на одной из щечек удаляют:

1. корни зубов
2. моляры верхней челюсти
3. моляры нижней челюсти
4. премоляры нижней челюсти
5. клыки верхней челюсти

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	4	1	3	2	3	4	2	1	2

Тема 3. Асептика и антисептика в стоматологии

1. Для определения остатков крови при контроле качества стерилизации применяют пробу:

- 1) фенолфталеиновую
- 2) бензидиновую
- 3) водородистую
- 4) хлоргексидиновую
- 5) парафиновую

2. Как часто обрабатывается плевательница дезинфицирующим раствором:

- 1) после каждого пациента
- 2) перед началом амбулаторного приема
- 3) после окончания амбулаторного приема
- 4) ежедневно

3. Что уничтожает стерилизация:

- 1) микробы
- 2) инструментарию
- 3) ржавчину
- 4) микробы, споры
- 5) микробы, споры, вирус

4. Каким методом стерилизуют материал для накрытия стерильного стола:

- 1) замачиванием
- 2) кипячением
- 3) паровым
- 4) сухо-воздушным
- 5) обжиганием

5. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:

- 1) 125°C - 45 мин
- 2) 160°C - 40 мин
- 3) 180°C - 45 мин
- 4) 180°C - 60 мин
- 5) 200°C - 90 мин

6. Методом химической стерилизации обрабатывают:

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал

7. В сухожаровом шкафу стерилизуют инструменты:

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, пинцет
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики

8. Автоклавированием стерилизуется:

- 1) зеркала
- 2) марлевые тампоны, наконечники
- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры

9. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются:

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники

10. Стерильный стол сохраняет стерильность в течении:

- 1) 1-2
- 2) 2-4
- 3) 3-6
- 4) 4-10
- 5) 10-12

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	5	3	4	1		2	2	3

Тема 4. Основные и дополнительные методы обследования.

1. Обследование пациента начинают с применения методов:

1. рентгенологических
2. лабораторных
3. термометрических
4. основных
5. цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография
2. опрос, осмотр
3. осмотр, ЭОД
4. ЭОД, рентгенография
5. перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболевания
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб
5. аллергоанамнеза

4. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1. бледного цвета, сухая
2. бледно-розового цвета, сухая
3. бледно-розового цвета, равномерно увлажнена
4. ярко-красного цвета, обильно увлажнена

5. гиперемирована, отечна

5. Осмотр пациента начинают с:

1. заполнения зубной формулы
2. определения прикуса
3. внешнего осмотра
4. осмотра зубных рядов
5. перкуссии зубов

6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1. перкуссии
2. зондирования
3. пальпации
5. аускультации
4. Рентгенографии
5. 4-5

7. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1. тургор кожи, цвет глаз
2. симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи
3. форму носа, цвет глаз
4. пигментные пятна, цвет волос
5. целостность зубного ряда

8. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1. по всем поверхностям
2. в пришеечной области
3. в области контактных поверхностей
4. в фиссурах
5. в области бугров

9. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1. отклонена назад
2. отклонена влево
3. отклонена вправо
4. наклонена вперед
5. отклонена назад и влево

10. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1. зеркала
2. углового зонда
3. пинцета
4. экскаватора
5. шпателя

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	2	4	3	3	3	2	1	4	3

Тема 5. Анатомия зубов. Анатомо-гистологическое строение периодонта и пародонта

1.Количество молочных зубов у человека

- 1) 8
- 2) 20
- 3) 28
- 4) 32

2.Количество постоянных зубов у человека

- 1)8
- 2)20
- 3)28
- 4)32

3.Пародонт – это:

- 1) зуб, десна, периодонт
- 2) зуб, десна, периодонт, кость альвеолы.

3) зуб, десна, периодонт, кость альвеолы, цемент коря.

4. Альвеолярная десна – это:

- 1) десневой сосочек и десна вокруг зуба.
- 2) десна, окружающая зуб.
- 3) десна, покрывающая альвеолярный отросток.

5. Маргинальная десна – это:

- 1) десневой сосочек и десна вокруг зуба.
- 2) десна, окружающая зуб.
- 3) десна, покрывающая альвеолярный отросток.

6. В норме не ороговевают эпителии:

- 1) десневой борозды.
- 2) папиллярной десны
- 3) альвеолярной десны.

7. Альвеолярная десна состоит из:

- 1) эпителия и надкостницы.
- 2) эпителия и собственно слизистого слоя.
- 3) эпителия, собственно слизистого и подслизистого слоя.

8. Периодонт представляет собой сложное анатомическое образование происхождения:

- 1) эпителиального
- 2) соединительнотканного

9. Ширина периодонтальной щели

- 1) 0,5-4,0
- 2) 0,15-0,22
- 3) 0,3-0,5

10. Периодонт составляют волокна

- 1) фиброзные коллагеновые
- 2) эластические
- 3) окситалановые
- 4) аргирофильные

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	2	3	2	1	2	2	2	1

Тема 6. Организация хирургической стоматологической помощи

1. Вид хирургической помощи на дому относится:

1. Неотложная
2. Скорая
3. Экстренная

2. Какие формы медицинской помощи могут оказываться в условиях дневного стационара

1. Экстренная
2. Первичная медико-санитарная помощь
3. Стационарная

3. Каков порядок оказания плановой хирургической помощи?

1. Только направлению районной поликлиники или вышестоящих организаций МЗ
2. Только по направлению «Скорой помощи»
3. По решению специалистов принимающего стационара
4. Все предыдущие ответы правильные

4. Может ли пациент выбрать стационар для экстренной госпитализации?

1. Да, в пределах района проживания
2. Да, в рамках договора страховой компании, выдавшей полис ОМС
3. Да, по наличию свободных мест
4. Нет

5. В каком случае можно выполнить хирургическую операцию без согласия больного?

1. При угрозе жизни больного
2. Если ближайшие родственники согласны
3. Если операция небольшая по объему и неопасна

4.Если больной без сознания

6.С какого возраста производится экстренная госпитализация в хирургические (взрослые) отделения?

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 15 лет | 3. 18 лет |
| 2. 16 лет | 4. 21 год |

7.В какие подразделения многопрофильной больницы больные должны наиболее быстро доставляться из приемного отделения?

- 1.ОРИТ и оперблок
- 2.Хирургическое отделение
- 3.Отделение компьютерной томографии
- 4.Лаборатория

8.Что делать, если пациент отказывается от предложенного ему в стационаре лечения?

- 1.Выписать из стационара
- 2.Назначить устраивающее пациента лечение в рамках национальных рекомендаций по лечению имеющейся патологии
- 3.Продолжать назначенное лечение несмотря на мнение пациента
- 4.Лечение прекратить, больного не выписывать

9.Какие виды хирургической помощи организационно выделяются в отечественном здравоохранении?

- Экстренная
- Срочная
- Отсроченная
- Бессрочная

10.Каков порядок оказания плановой хирургической помощи?

- 1.Только направлению районной поликлиники или вышестоящих организаций МЗ
- 2.Только по направлению «Скорой помощи»
- 3.По решению специалистов принимающего стационара
- 4.Все предыдущие ответы правильные

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	1	1	4	1	1	4	1	2

Тема 7. Зубные отложения

1. При определении индекса гигиены РНР оценивают зубной налет по:

1. кариесогенности
2. интенсивности
3. локализации
4. толщине
5. структуре

2. Для выявления зубного налета используется метод:

1. зондирования
2. окрашивания
3. пальпации
4. электроодонтодиагностики
5. микробиологический

3. Зубное отложение, располагающееся под маргинальной десной, невидимое при визуальном осмотре, плотное и твердое, темно-коричневого или зелено-черного цвета, плотно прикрепленное к поверхности зуба - это:

1. кутикула
2. пелликула
3. зубной налет
4. поддесневой зубной камень
5. наддесневой зубной камень

4. Наиболее часто наддесневой зубной камень локализуется в области:

1. вестибулярной поверхности верхних резцов
2. вестибулярной поверхности нижних резцов
3. небной поверхности верхних резцов
4. язычной поверхности нижних резцов
5. одинаково часто на всех поверхностях зубов

5. С помощью йодсодержащих растворов можно выявить наличие на зубах:

1. кутикулы
2. пелликулы
3. зубного налета
4. зубного камня
5. пищевых остатков

6. При профилактическом осмотре определить наличие поддесневого камня можно с помощью:

1. визуального осмотра
2. окрашивания йодсодержащим раствором
3. зондирования
4. рентгенологического исследования
5. микробиологического исследования

7. Серовато-белое, мягкое и липкое отложение, неплотно прилегающее к поверхности зубов, представляет собой:

1. пелликулу
2. мягкий зубной налет
3. поддесневой зубной камень
4. наддесневой зубной камень
5. «налет курильщика»

8. Источником минералов для наддесневого зубного камня преимущественно является:

1. слюна
2. десневая жидкость
3. сыворотка крови
4. лимфа
5. эмаль

9. Информацию о наличии зубного камня дает индекс:

1. Федорова-Володкиной

2. РНР
3. СРІТN
4. КПУ
5. РМА

10. Гигиеническое состояние полости рта у взрослых пациентов определяют с помощью индекса:

1. КПУ
2. РНР
3. РМА
4. Федорова-Володкиной
5. кпу

Ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	2	4	4	4	3	2	1	3	2

3 семестр

Тема 8. Клинико-топографическая классификация кариозных полостей.

1. К I классу по классификации Блэка относятся кариозные полости:

- 1 в фиссурах моляров
2. на контактной поверхности моляров
3. в пришеечной области моляров
4. на контактной поверхности клыков
5. на контактной поверхности премоляров

2. Кариозная полость на контактной поверхности моляров по классификации Блэка относится к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

3. К III классу по классификации Блэка относится кариозная полость на поверхности:

1. контактной премоляров
2. вестибулярной резцов
3. контактной резцов
4. жевательной моляров
5. жевательной премоляров

4. В основу классификации кариозных полостей по Блэку положены признаки:

1. гистологические
2. клинические
3. анатомо-топографические
4. топографические
5. клинико-топографические

5. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на передней контактной поверхности премоляров
2. в фиссуре на жевательной поверхности премоляров
3. в пришеечной области премоляров
4. в пришеечной области на контактной поверхности моляров
5. на задней контактной поверхности премоляров

6. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на контактной поверхности клыков
2. на боковой поверхности резцов
3. в слепой ямке латеральных резцов 4) в пришеечной области клыков
4. в пришеечной области моляров

7. Кариозная полость в фиссуре на жевательной поверхности 1.8 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I

2. II
3. III'
4. IV
5. V

8. Кариозная полость в естественной ямке на щечной поверхности 3.7 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

9. Кариозная полость на задней контактной поверхности 3.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

10. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 2.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	3	4	3	1	1	2	1

Тема 9. Основы препарирования кариозных полостей.

1. К первому этапу препарирования кариозной полости относится:

1. антисептическая обработка
2. кюретаж
3. раскрытие кариозной полости
4. некрэктомия
5. формирование

2. Целью некрэктомии при препарировании кариозной полости является:

1. создание контактного пункта
2. исключение рецидива кариеса
3. восстановление формы зуба
4. восстановление функции зуба
5. финирирование полости

3. Целью формирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба
2. восстановление функции зуба
3. создание контактного пункта
4. создание условий для фиксации пломбы
5. удаление некротизированного дентина

4. Для определения качества препарирования кариозной полости используют стоматологические инструменты:

1. штопфер, зонд
2. зонд, зеркало
3. гладилку, зонд
4. пинцет, зеркало
5. пинцет, зонд

5. В полостях II класса максимальный размер дополнительной площадки составляет от длины жевательной поверхности:

1. 1/4
2. 1/3
3. 1/2
4. 2/3
5. 2/4

6. Раскрытие кариозной полости зуба проводится бором:

1. цилиндрическим
2. обратноконусовидным
3. колесовидным
4. шаровидным
5. грушевидным

7. При препарировании зуба самая болезненная зона - это:

1. эмаль
2. цемент
3. эмалево-дентинное соединение
4. дентин
5. дентинно-цементное соединение

8. При препарировании кариозной полости проводят:

1. протравливание
2. электроодонтодиагностику
3. раскрытие кариозной полости
4. наложение матрицы
5. реминерализацию

9. Целью препарирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба
2. восстановление функции зуба
3. удаление некротизированного дентина
4. создание формы полости для пломбирования
5. реминерализация дентина

10. Наиболее твердой тканью зуба является:

1. дентин
2. эмаль
3. цемент
4. пульпа
5. дентикли

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	2	4	2	4	1	3	3	4	2

Тема 10. Особенности препарирования кариозных полостей I класса по Блеку.

1. К I классу по классификации Блэка относятся кариозные полости:

- 1 в фиссурах моляров
2. на контактной поверхности моляров
3. в пришеечной области моляров
4. на контактной поверхности клыков
5. на контактной поверхности премоляров

2. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость на поверхности:

1. контактной премоляров
2. вестибулярной резцов
3. контактной резцов
4. жевательной моляров

5. жевательной премоляров

3. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на передней контактной поверхности премоляров
2. в фиссуре на жевательной поверхности премоляров
3. в пришеечной области премоляров
4. в пришеечной области на контактной поверхности моляров
5. на задней контактной поверхности премоляров

4. К I классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на контактной поверхности клыков
2. на боковой поверхности резцов
3. в слепой ямке латеральных резцов 4) в пришеечной области клыков
4. в пришеечной области моляров

5. Кариозная полость в фиссуре на жевательной поверхности 1.8 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III'
4. IV
5. V

6. Кариозная полость в естественной ямке на щечной поверхности 3.7 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

7. Кариозная полость в слепой ямке 1.2 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

8. Кариозная полость на передней поверхности 1.4 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

9. Кариозная полость на задней контактной поверхности 1.5 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

10. Кариозная полость на передней контактной поверхности 1.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	4	2	3	1	1	1	1	1	2

Тема 11. Особенности препарирования кариозных полостей II класса по Блеку.

1. Кариозная полость на задней контактной поверхности 3.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

2. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 2.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

3. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 1.1 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

4. Кариозная полость на передней поверхности 1.4 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

5. Кариозная полость на задней контактной поверхности 1.5 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

6. Кариозная полость на передней контактной поверхности 1.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

7. Кариозные полости на передней контактной поверхности и задней контактной поверхности 1.7 зуба относятся по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

8. Кариозная полость на латеральной контактной поверхности 1.1 зуба с поражением режущего края относится по Блеку к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

9. Ко II классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на контактной поверхности моляров
2. на контактной поверхности клыков
3. на щечной поверхности моляров
4. на срединной поверхности резцов
5. на латеральной поверхности резцов

10. Медио-окклюзионно-дистальные полости формируются на поверхностях:

1. передней контактной с дополнительной площадкой 2) передней и задней контактной
2. жевательной и вестибулярной
3. контактных с общей дополнительной площадкой
4. задней контактной с дополнительной площадкой

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	3	2	1	2	1	3	1	4

Тема 12. Особенности препарирования кариозных полостей III класса по Блеку

1. К III классу по классификации Блэка относится кариозная полость на поверхности:

1. контактной премоляров
2. вестибулярной резцов
3. контактной резцов
4. жевательной моляров
5. жевательной премоляров

2. Кариозная полость на срединной контактной поверхности 1.2 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

3. Кариозная полость в слепой ямке 1.2 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

4. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 1.1 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

5. Кариозная полость на передней поверхности 1.4 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

6. Кариозная полость на задней контактной поверхности 1.5 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

6. В основу классификации кариозных полостей по Блэку положены признаки:

1. гистологические
2. клинические
3. анатомо-топографические
4. топографические
5. клинико-топографические

7. Целью некрэктомии при препарировании кариозной полости является:

1. создание контактного пункта
2. исключение рецидива кариеса
3. восстановление формы зуба
4. восстановление функции зуба
5. финирирование полости

8. Целью формирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба
2. восстановление функции зуба
3. создание контактного пункта
4. создание условий для фиксации пломбы
5. удаление некротизированного дентина

9. При препарировании кариозной полости проводят:

1. протравливание
2. электроодонтодиагностику
3. раскрытие кариозной полости
4. наложение матрицы
5. реминерализацию

10. Целью препарирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба
2. восстановление функции зуба
3. удаление некротизированного дентина
4. создание формы полости для пломбирования
5. реминерализация дентина

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	1	2	2	1	2	4	3	4

Тема 13. Основные этапы и принципы препарирования кариозных полостей IV класса по Блеку

1. При стирании режущего края зуба 2.2 в полостях IV класса дополнительная площадка формируется:

1. на небной поверхности
2. на режущем крае
3. в слепой ямке
4. в пришеечной области
5. на вестибулярной поверхности

2. Показанием к созданию дополнительной площадки в полостях IV класса является:

1. затрудненный подход к полости
2. расположение полости на небной поверхности
3. расположение полости на язычной поверхности
4. наличие глубокой полости
5. расположение полости в пришеечной области

3. В кариозных полостях IV класса противопоказанием к созданию дополнительной площадки является:

1. затрудненный подход к полости
2. хороший подход к полости
3. поражение губной поверхности
4. поражение оральной стенки
5. поражение губной и оральной поверхности

4. Максимальный размер дополнительной площадки по длине на жевательной поверхности

4.5 зуба должен быть равен:

1. 1/4
2. 1/3
3. 1/2
4. 2/3
5. 3/4

5. Дополнительная площадка в полостях IV класса по глубине должна быть:

1. в пределах эмали
2. ниже эмалево-дентинного соединения на 5 мм
3. ниже эмалево-дентинного соединения на 4 мм
4. ниже эмалево-дентинного соединения на 3 мм
5. ниже эмалево-дентинного соединения на 2 мм

6. Раскрытие кариозной полости - это:

1. удаление некротизированного дентина
2. удаление нависающих краев эмали
3. формирование кариозной полости
4. отделка краев кариозной полости
5. вскрытие кариозной полости

7. Удаление некротизированного дентина производится:

1. экскаватором
2. фиссурным бором
3. экскаватором и шаровидным бором
4. экскаватором и колесовидным бором
5. карборундовой головкой

8. При формировании кариозной полости IV класса дополнительная площадка служит для:

1. эстетики
2. улучшения фиксации пломбы
3. укрепления зуба
4. профилактического иссечения
5. раскрытия полости

9. Целью препарирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба
2. восстановление функции зуба
3. удаление некротизированного дентина
4. создание формы полости для пломбирования
5. реминерализация дентина

10. Наиболее твердой тканью зуба является:

1. дентин
2. эмаль
3. цемент
4. пульпа
5. дентикли

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	4	5	2	3	2	4	2

Тема 14. Основные этапы и принципы препарирования кариозных полостей V класса по Блеку.

1. К V классу по классификации Блэка относится кариозная полость на поверхности:

1. контактной премоляров
2. вестибулярной резцов
3. контактной резцов
4. жевательной моляров
5. Пришеечной области

2. В основу классификации кариозных полостей по Блеку положены признаки:

1. гистологические

2. клинические
3. анатомо-топографические
4. топографические
5. клинико-топографические

3. К V классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на передней контактной поверхности премоляров
2. в фиссуре на жевательной поверхности премоляров
3. в пришеечной области премоляров
4. в пришеечной области на контактной поверхности моляров
5. на задней контактной поверхности премоляров

4. К V классу по классификации Блэка относится кариозная полость:

1. на контактной поверхности клыков
2. на боковой поверхности резцов
3. в слепой ямке латеральных резцов 4) в пришеечной области клыков
4. в пришеечной области моляров

5. Кариозная полость в пришеечной области на вестибулярной поверхности 1.6 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

6. Кариозная полость на срединной контактной поверхности 1.2 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

7. Кариозная полость в слепой ямке 1.2 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. I
2. II
3. III
4. IV
5. V

8. Кариозная полость на контактной поверхности в пришеечной области 1.1 зуба относится по классификации Блэка к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

9. Медио-окклюзионно-дистальные полости формируются на поверхностях:

1. передней контактной с дополнительной площадкой 2) передней и задней контактной
2. жевательной и вестибулярной
3. контактных с общей дополнительной площадкой
4. задней контактной с дополнительной площадкой

10. Кариозная полость на латеральной контактной поверхности 1.1 зуба с поражением режущего края относится по Блэку к классу:

1. II
2. III
3. IV
4. V
5. VI

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	3	3	4	4	3	1	2	4	3

Тема 15. Методы восстановления анатомической формы коронки зуба пломбировочными материалами.

1. Для лечения кариеса в пришеечной области 1.1 зуба с вестибулярной стороны используется:

1. дентин
2. композиты
3. силидонт
4. фосфат-цемент
5. поликарбоксилатный цемент

2. Лампы галогенового света используют для:

1. дезинфекции операционного поля
2. высушивания полости рта
3. реминерализации эмали
4. дезинфекции кабинета
5. полимеризации композита

3. Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является:

1. травление эмали
2. моделирование пломбы
3. изоляция от слюны
4. шлифование и полирование пломбы
5. фотополимеризация

4. Выбор цвета композиционного материала следует определять при:

1. дневном свете
2. искусственном освещении
3. дневном свете в первую половину дня
4. дневном свете во вторую половину дня

5. искусственном освещении в первую половину дня

5. Амальгама чаще используется для пломбирования полостей следующих классов:

1. I, III, V
2. I, II, IV
3. I, IV, V
4. I, II, V
5. I, II, VI

6. Отрицательным свойством силикатных пломбировочных материалов является:

1. соответствие цвету эмали
2. пластичность
3. хрупкость, токсичность
4. механическая прочность
5. реминерализация

7. Наиболее прочным пломбировочным материалом для пломбирования кариозных полостей II класса является:

1. силикатный цемент
2. силикофосфатный цемент
3. амальгама
4. фосфат-цемент
5. композит химического отверждения

8. При пломбировании амальгамой кариозных полостей II класса в качестве изолирующей прокладки применяется:

1. силидонт
2. цинк-сульфатный цемент
3. силиции
4. искусственный дентин (дентин-паста)
5. фосфат-цемент

9. Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:

1. фосфат-цемент

2. бондинговая система
3. 37% фосфорная кислота
4. паста на основе гидроксида кальция
5. искусственный дентин

10. При пломбировании полостей II класса изолирующая прокладка из фосфат-цемента наносится вначале на:

1. придесневую стенку и дно дополнительной площадки
2. дополнительную площадку
3. дно и стенки дополнительной площадки
4. дно основной полости и дополнительной площадки
5. края основной полости

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	5	4	3	4	3	3	5	2	1

Тема 16. Материалы для пломбирования кариозных полостей

1. К силикофосфатным цементам относится:

1. силидонт
2. силиции
3. висфат
4. фосфат цемент
5. аргил

2. В качестве лечебной прокладки используют:

1. искусственный дентин
2. пасты на основе гидроксида кальция
3. дентин-пасту
4. резорцин-формалиновую пасту
5. фосфат-цемент

3. Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:

1. ДНО
2. стенки
3. эмаль
4. дно и стенки
5. углы

4. Стеклоиономерный цемент для прокладок обладает свойством:

1. адгезией к эмали, дентину
2. растворимостью в слюне
3. окрашиванием тканей зуба
4. прозрачностью
5. токсичностью

5. Для медикаментозной обработки глубокой кариозной полости рекомендуется использовать:

1. царскую водку
2. раствор хлоргексидина
3. раствор йода
4. спирт, эфир
5. перекись водорода, эфир

6. Дентин-паста вносится в кариозную полость при помощи:

1. зонда
2. ватного тампона
3. шаровидного бора
4. серповидной гладилки
5. Экскаватора

7. Время затвердевания искусственного водного дентина:

1. 1/2-1 мин
2. 2-3 мин
3. 8-10 мин

4. 3 часа
5. 10-12 час

8. К силикофосфатным цементам относится:

1. силидонт
2. силиции
3. висфат
4. фосфат цемент
5. аргил

9. В качестве лечебной прокладки используют:

1. искусственный дентин
2. пасты на основе гидроксида кальция
3. дентин-пасту
4. резорцин-формалиновую пасту
5. фосфат-цемент

10. Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:

1. ДНО
2. стенки
3. эмаль
4. дно и стенки
5. углы

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	4	1	2	4	2	1	2	4

Тема 17. Физиологическое значение контактного пункта

1. При моделировании контактного пункта на поверхности зуба используется:

1. зонд
2. матрица
3. экскаватор
4. шпатель
5. Пинцет

2. Целью формирования кариозной полости является:

1. восстановление анатомической формы зуба
2. восстановление функции зуба
3. создание контактного пункта
4. создание условий для фиксации пломбы
5. удаление некротизированного дентина

3. Кариозная полость выше экватора на передней контактной поверхности 1.8 зуба формируется по классу:

1. I - без дополнительной площадки
2. I - с дополнительной площадкой
3. II - с дополнительной площадкой
4. II - без дополнительной площадки
5. III - без дополнительной площадки

4. Зубы 2.5 и 2.4 находятся в плотном контакте. Кариозная полость на передней контактной поверхности в пришеечной области 2.5 зуба формируется по классу:

1. I - без дополнительной площадки
2. I - с дополнительной площадкой
3. II - с дополнительной площадкой
4. II - без дополнительной площадки
5. V - без дополнительной площадки

5. Для медикаментозной обработки глубокой кариозной полости рекомендуется использовать:

1. царскую водку
2. раствор хлоргексидина
3. раствор йода
4. спирт, эфир

5. перекись водорода, эфир

6. Для постоянных пломб используют:

1. композитные материалы
2. искусственный дентин
3. цинк-эвгенольную пасту
4. пасты на основе гидроксида кальция
5. фосфат-цемент

7. Для протравливания эмали применяется кислота концентрации (%):

1. 10
2. 20
3. 37
4. 40
5. 50

8. Травление эмали проводят перед наложением пломбы из:

1. СИЦ
2. композита
3. поликарбоксилатного цемента
4. серебряной амальгамы ,
5. силикофосфата

9. Шлифование и полирование пломбы из композиционного материала проводится через:

1. 5 минут
2. 1 час
3. 3 дня
4. сутки
5. неделю

10. Полирование пломбы из стеклоиономерного цемента проводят после ее наложения через:

1. 5 минут
2. 1 час
3. 1 сутки
4. 1 неделю
5. 2 недели

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	4	4	3	2	1	3	2	1	3

Тема 18. Пломбирование кариозных полостей I, V, VI классов по Блеку.

1. В качестве лечебной прокладки при пломбировании кариозных полостей V, VI классов по Блеку используют:

1. искусственный дентин
2. пасты на основе гидроксида кальция
3. дентин-пасту
4. резорцин-формалиновую пасту
5. фосфат-цемент

2. Изолирующая прокладка покрывает в кариозной полости:

1. ДНО
2. стенки
3. эмаль
4. дно и стенки
5. углы

3. Стеклоиономерный цемент для прокладок обладает свойством:

1. адгезией к эмали, дентину
2. растворимостью в слюне
3. окрашиванием тканей зуба
4. прозрачностью
5. токсичностью

4. При пломбировании кариозных полостей травление твердых тканей зуба проводят с целью: ,

1. реминерализации
2. диагностики кариеса
3. улучшения адгезии
4. обезболивания
5. склерозирования

5. Для протравливания эмали применяется кислота концентрации (%):

1. 10
2. 20
3. 37
4. 40
5. 50

6. При пломбировании кариозных полостей V, VI классов по Блеку травление эмали проводят перед наложением пломбы из:

1. СИЦ
2. композита
3. поликарбоксилатного цемента
4. серебряной амальгамы ,
5. силикофосфата

7. Шлифование и полирование пломбы из композиционного материала проводится через:

1. 5 минут
2. 1 час
3. 3 дня
4. сутки
5. неделю

8. Полирование пломбы из стеклоиономерного цемента проводят после ее наложения через:

1. 5 минут
2. 1 час
3. 1 сутки
4. 1 неделю
5. 2 недели

9. Показаниями к пломбированию кариозных полостей серебряной амальгамой являются классы по Блеку:

1. I, II
2. III, IV
3. I, III
4. III, V
5. III, VI

10. Для постоянных пломб используют:

1. композитные материалы
2. искусственный дентин
3. цинк-эвгенольную пасту
4. пасты на основе гидроксида кальция
5. фосфат-цемент

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	4	1	3	3	2	1	3	1	1

Тема 19. Пломбирование кариозных полостей II,III,IV классов по Блеку

1. Наиболее прочным пломбировочным материалом для пломбирования кариозных полостей II класса является:

1. силикатный цемент
2. силикофосфатный цемент
3. амальгама
4. фосфат-цемент
5. композит химического отверждения

2. При пломбировании амальгамой кариозных полостей II класса в качестве изолирующей прокладки применяется:

1. силидонт
2. цинк-сульфатный цемент
3. силиции
4. искусственный дентин (дентин-паста)
5. фосфат-цемент
- 3. При тоннельном методе препарирования доступ в кариозную полость II класса проводят:**
 - 1. с выведением на жевательную поверхность**
 2. с созданием дополнительной площадки
 3. из фиссуры на жевательной поверхности
 4. с бугра жевательной поверхности
 5. с вестибулярной поверхности
- 4. При пломбировании сэндвич-техникой используют материалы:**
 1. стеклоиономерный цемент и композит
 2. фосфат-цемент и силидонт
 3. фосфат-цемент и силиции
 4. фосфат-цемент и амальгаму
 5. стеклоиономерный цемент и амальгаму
- 5. Для адгезии композитного материала при реставрации полостей применяется:**
 1. фосфат-цемент
 2. бондинговая система
 3. 37% фосфорная кислота
 4. паста на основе гидроксида кальция
 5. искусственный дентин
- 6. При пломбировании полостей II класса изолирующая прокладка из фосфат-цемента наносится вначале на:**
 1. придесневую стенку и дно дополнительной площадки
 2. дополнительную площадку
 3. дно и стенки дополнительной площадки
 4. дно основной полости и дополнительной площадки
 5. края основной полости
- 7. Для отделки пломб из композитных материалов в полостях II класса применяются:**
 1. стальные шаровидные боры
 2. твердосплавные шаровидные боры
 3. твердосплавные цилиндрические боры
 4. мелкодисперсные алмазные головки и штрипсы
 5. карборундовые камни
- 8. Для лечения кариеса в пришеечной области 1.1 зуба с вестибулярной стороны используется:**
 1. дентин
 2. композиты
 3. силидонт
 4. фосфат-цемент
- 9. Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является:**
 1. травление эмали
 2. моделирование пломбы
 3. изоляция от слюны
 4. шлифование и полирование пломбы
 5. фотополимеризация
- 10. Амальгама чаще используется для пломбирования полостей следующих классов:**
 1. I, III, V
 2. I, II, IV
 3. I, IV, V
 4. I, II, V
 5. I, II, VI

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3	5	3	1	2	1	4	2	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Тема 20. Методика клинического применения композитных пломбировочных материалов

1. При пломбировании кариозных полостей методом «закрытого сендвича» прокладка:

1. перекрывается композитом
2. не перекрывается композитом
3. не используется
4. накладывается на края полости
5. накладывается на стенки и края

2. При пломбировании кариозных полостей методом «открытого» сендвича прокладка:

1. перекрывается композитом
2. не перекрывается композитом
3. накладывается на дно и стенки
4. накладывается на края полости
5. накладывается на стенки и края

3. Основным недостатком микрогибридных композитов является:

1. прочность
2. цветостойкость
3. полимеризационная усадка
4. рентгеноконтрастность
5. полируемость

4. Микрогибридные композиты применяются при пломбировании кариозных полостей классов:

1. I-V
2. I
3. II
4. III, IV
5. VI

5. При тоннельном методе препарирования доступ в кариозную полость II класса проводят:

1. с выведением на жевательную поверхность
2. с созданием дополнительной площадки
3. из фиссуры на жевательной поверхности
4. с бугра жевательной поверхности
5. с вестибулярной поверхности

6. При пломбировании сендвич-техникой используют материалы:

1. стеклоиономерный цемент и композит
2. фосфат-цемент и силидонт
3. фосфат-цемент и силиции
4. фосфат-цемент и амальгаму
5. стеклоиономерный цемент и амальгаму

7. Коронковая часть анкерного штифта покрывается опакером с целью:

1. обеспечения прочности реставрации
2. улучшения ретенции
3. экономии композита
4. улучшения эстетики
5. увеличения рентгеноконтрастности

8. Лампы галогенового света используют для:

1. дезинфекции операционного поля
2. высушивания полости рта
3. реминерализации эмали
4. дезинфекции кабинета
5. полимеризации композита

9. Завершающим этапом пломбирования кариозных полостей композиционными пломбировочными материалами является:

1. травление эмали
2. моделирование пломбы
3. изоляция от слюны

4. шлифование и полирование пломбы

5. фотополимеризация

10. Выбор цвета композиционного материала следует определять при:

1. дневном свете

2. искусственном освещении

3. дневном свете в первую половину дня

4. дневном свете во вторую половину дня

5. искусственном освещении в первую половину дня

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	1	3	1	4	5	4	3

Тема 21. Ошибки в процессе пломбирования кариозных полостей.

1. Укажите заключительный этап окончательной обработки реставрации:

1. контурирование реставрации

2. финирирование реставрации

3. полирование пастами

2. Финишная световая полимеризация проводится:

1. по окончанию полировки пломбы

2. после фиксации последней порции композиционного пломбирочного материала светового отверждения

3. после полимеризации последней порции композита

4. после нанесения полировочной пасты

3. Эффективность и правильность полирования реставрации определяются:

1. наличием зеркального блеска высушенной поверхности реставрации, не отличимой по степени блеска от естественной эмали зубов

2. субъективными ощущениями пациента

3. наличие матовости высушенной поверхности

4. совпадение оттенка реставрации и тканей зуба во влажном состоянии

4. При выборе цвета пломбирочного материала необходимо:

1. глубину и локализацию имеющегося дефекта твердых тканей зуба

2. расположение восстанавливаемого зуба в зубной дуге

3. конституциональные, половые, возрастные признаки

4. верно все

5. Микроретенция пломбирочного материала это-

1. фиксация пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости

2. фиксация пломбирочного материала в ретенционных пунктах

3. проникновение адгезива и пломбирочного материала в микропространства протравленной эмали

4. фиксация пломбы за счет анкеров, пинов, постов.

6. Для избежания перегрева тканей зуба полировка пломбы из композита:

1. при периодическом смачивании обрабатываемой поверхности водой

2. с использованием прерывистых движений

3. на небольших оборотах

4. все верно

7. Выбор цвета пломбирочного материала необходимо проводить:

1. после препарирования кариозной полости

2. после процедуры нанесения адгезивной системы

3. до начала процедуры реставрации или пломбирования

4. после протравливания твердых тканей

8. Вносимые слои КПМ светового отверждения не должны превышать толщину:

1. 1мм

2. 2-3мм

3. 0,5 мм

4. 5 мм

9. Перечислите противопоказания к применению фотокомпозитов:

1. экссудативное воспаление маргинальной десны, кровоточивость

2. поддесневое распространение кариеса
3. низкая гигиена полости рта
4. верно всё

10. Укажите причины разгерметизации фотокомпозитной пломбы:

1. неправильное формирование кариозной полости
2. попадание слюны или крови на обработанную поверхность зуба
3. отсутствие бонда
4. все верно

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	1	4	3	4	3	2	4	4

4 семестр

Тема 22. Эндодонтия как наука

1. Эндодонтия - раздел стоматологии, изучающий:

1. технику препарирования кариозных полостей
2. внутреннее строение полости зуба и манипуляции в ней
3. технику пломбирования кариозных полостей
4. манипуляции на тканях пародонта
5. лечение кариеса

2. Вскрытие полости зуба означает:

1. удаление свода полости зуба
2. удаление нависающих краев эмали
3. создание сообщения с полостью зуба
4. перфорацию дна полости зуба
5. удаление пульпы

3. Элементом коронковой полости зуба является:

1. канал
2. свод
3. края
4. углы
5. физиологическое сужение

4. Частью корневого канала является:

1. свод
2. анатомическое отверстие
3. дно
4. рентгенологическая верхушка
5. края

5. В верхних молярах количество корней:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

6. В нижних молярах количество каналов:

1. 1,2
2. 2,3
3. 3, 4
4. 4
5. 5

7. В верхних молярах количество каналов:

1. 1,2
2. 2,3
3. 3,4
4. 4,5
5. 1,4

8. В нижних молярах количество корней:

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

9. На верхней челюсти два корня имеют:

1. резцы
2. клыки
3. первые премоляры
4. вторые премоляры
5. моляры

10. На верхней челюсти три корня имеют:

1. резцы
2. клыки
3. первые премоляры
4. вторые премоляры
5. моляры

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	2	2	3	3	3	2	3	5

Тема 23. Эндодонтический инструментарий

1. Для удаления коронковой части (ампутации) пульпы используют инструменты:

1. штопфер
2. экскаватор
3. зонд
4. колесовидный бор
5. зеркало

2. Для удаления корневой части (экстирпации) пульпы в хорошо проходимых корневых каналах используют инструменты:

1. пульпоэкстрактор
2. иглу Миллера
3. К-файл
4. гуттаконденсор
5. спредер

3. Удаление инфицированного прединтона со стенок канала зуба рекомендуется проводить:

1. корневой иглой
2. пульпоэкстрактором
3. К-файлом
4. каналонаполнителем
5. экскаватором

4. При пломбировании корневого канала используют инструмент:

1. Н-файл
2. спредер
3. развертку
4. пульпоэкстрактор
5. штифт

5. Для удаления коронковой пульпы в молярах используют:

1. плагер
2. экскаватор
3. спредер
4. корневую иглу
5. файлы

6. Для высушивания корневого канала применяется:

1. пистолет универсальной установки
2. бумажные штифты

3. спирт
4. эфир
5. перекись водорода

7. Для определения качества раскрытия полости зуба врач использует стоматологические инструменты:

1. пинцет, зеркало
2. гладилку, пинцет
3. зеркало, зонд
4. штопфер, зонд
5. штопфер, пинцет

8. Раскрытие полости зуба в премолярах верхней челюсти проводится бором в направлении:

1. передне-заднем
2. по оси зуба
- 3 щечно-небном
4. щечно-заднем
5. передне-щечном

9. Каналонаполнитель предназначен для:

1. удаления пульпы
2. определения глубины корневого канала
3. пломбирования каналов
4. распломбирования каналов
5. расширения каналов

10. Вскрытие полости зуба проводят:

1. финиром
2. карборундовой головкой
3. фиссурным бором
4. шаровидным бором № 1
5. диском

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	3	2	2	2	3	3	3	4

Тема 24. Антисептические и лечебные препараты в эндодонтии

1. Антидотом мышьяковистой кислоты являются:

1. препараты йода
2. метронидазол (трихопол)
3. препараты брома
4. облепиховое масло
5. витамин А

2. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:

1. 24 часа
2. 48 часов
3. 3 суток
4. 5-6 суток
5. 7 суток

3. Для медикаментозной обработки корневого канала используют:

1. спирт
2. гипохлорит натрия
3. эфир
4. аскорбиновую кислоту
5. фосфорную кислоту

4. Для импрегнационного метода используют раствор:

1. камфора-фенола
2. резорцин-формалина
3. фенол-формалина
4. «царскую водку»
5. гипохлорит натрия

5. Для девитализации пульпы используют:

1. мышьяковистую пасту
2. резорцин-формалиновую смесь
3. камфора-фенол
4. гипохлорит натрия
5. унитиол

6. Для химического расширения корневого канала используют медикаментозные препараты:

1. ЭДТА
2. глюконат кальция
3. марганцово-кислый калий
4. формалин
5. йодиол

7. При проведении метода девитальной экстирпации пульпы в первое посещение проводят:

1. раскрытие полости зуба
2. промывание каналов
3. наложение мышьяковистой пасты
4. инструментальную обработку каналов
5. пломбирование каналов

8. Для медикаментозной обработки корневого канала противопоказано применение:

1. раствора ЭДТА
2. гипохлорита натрия
3. перекиси водорода
4. соляной кислоты
5. хлоргексидина

9. Глубокую кариозную полость обрабатывают:

1. 3% перекисью водорода
2. физиологическим раствором
3. 70% этиловым спиртом
4. 18% ЭДТА
5. 1,0% перманганатом калия

10. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

1. малеиновая кислота
2. дистиллированная вода
3. 37% фосфорная кислота
4. 3% гипохлорит натрия
5. азотная кислота

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	2	2	1	1	3	4	2	4

Тема 25. Препарирование корневых каналов

1. Рабочая длина корневого канала определяется:

- 1) по субъективным ощущениям врача
- 2) по ощущениям пациента
- 3) ортопантограммой
- 4) рентгенограммой с иглой
- 5) ЭОД

2. Наиболее точно длина корневого канала определяется при помощи:

1. корневой иглы, введенной в корневой канал до ощущения пациентом легкого укола
2. корневой иглы, введенной в корневой канал и рентгенограммы
3. апексолокатора
4. по соотношению длины корня и коронки зуба
5. по специальным таблицам

3. Первым этапом эндодонтической техники «Step back» (шаг назад) является:

1. введение в корневой канал К-файла №35 на глубину 16 мм
2. определение временной рабочей длины

3. прохождение корневого канала инструментом небольшого размера и определение рабочей длины

4. инструментальная обработка верхушечной трети корневого канала

5. введение в корневой канал пульпэкстрактора

4. Основным действующим веществом перпаратов для химического расширения каналов является:

1. 3% раствор гипохлорита натрия

2. этилендиа'минтетрауксусная кислота (ЭДТА)

3. оксиэтилендифосфоновая кислота (ксидифон)

4. смесь соляной и серной кислот

5. раствор перекиси водорода

5. Рабочая длина корня при удалении Живой пульпы:

1. равна рентгенологической длине корня

2. на 0,5 мм меньше

3. на 1,0 мм меньше

4. на 1,5 мм меньше

5. на 2 мм меньше

6. Рабочая длина корня при удалении некротизированной пульпы или распада:

1. равна рентгенологической длине корня

2. на 0,5 мм меньше

3. на 1,0 мм меньше

4. на 1,5 мм меньше

5. на 2 мм меньше

7. Форма корневого канала после инструментальной обработки должна быть идентична форме:

1. К-файла №15

2. К-файла № 20

3. К-файла №25

4. К-файла №30

5. последнему римеру, применявшемуся в инструментальной обработке

8. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется:

1. топографией полости зуба

2. размером кариозной полости

3. выбором пломбировочного материала для корневой пломбы

4. выбором методики обработки корневого канала

5. выбором анестетика

9. В процессе инструментальной обработке апикальную часть канала (до физиологического отверстия) расширяют:

1. на 1--2 номера от первоначального размера

2. на 2-3 номера

3. на 3-4 номера

4. на 5-6 номеров

5. оставляют без изменений

10. Наиболее эффективный метод лечения зубов с труднопроходимыми каналами:

1. резорцин-формалиновый метод

2. трансканальный электрофорез йодом

3. трансканальный электрофорез с ферментами

4. депофорез

5. удаление

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	2	3	2	4	3	5	1	3	4

Тема 26. Пломбировочные материалы для корневых каналов

1. Для пломбирования корневого канала однокорневого зуба используют:

1. резорцин-формалиновую пасту

2. силикатный цемент

3. жидкотекучий композит
4. гуттаперчевые штифты
5. Форфенан

2. Гуттаперчевые штифты вводят в корневой канал для:

1. абсорбции влаги
2. дезинфекции канала
3. пломбирования
4. оттока экссудата
5. расширения

3. Для антисептической обработки корневого канала применяется:

1. малеиновая кислота
2. дистиллированная вода
3. 37% фосфорная кислота
4. 3% гипохлорит натрия
5. азотная кислота

4. Современным способом пломбирования корневых каналов является:

1. метод латеральной конденсации гуттаперчи
2. применение одной пасты
3. применение фосфат-цемента
4. применение серебряного штифта
5. применение гуттаперчи без силера

5. Показанием к проведению импрегнационных методов являются:

1. хорошо проходимые каналы
2. каналы в стадии резорбции верхушечной части
3. плохопроходимые и облитерированные каналы
4. каналы однокорневых зубов
5. воспаление в периодонте

6. Первым этапом при инструментальном расширении корневого канала является:

1. антисептическая обработка
2. расширение апикального отверстия
3. определение длины корневого канала
4. расширение устьев корневого канала
5. применение Н-файлов

7. Метод частичного сохранения пульпы в корневых каналах - это:

1. девитальная экстирпация
2. девитальная ампутация
3. витальная ампутация
4. витальная экстирпация
5. биологический метод

8. При лечении пульпита биологическим методом проводится:

1. удаление коронковой и корневой пульпы под анестезией
2. удаление коронковой пульпы под анестезией
3. сохранение всей пульпы
4. девитализация пульпы
5. девитальная ампутация пульпы

9. Препараты на основе ЭДТА преимущественно действуют в среде:

1. кислой
2. щелочной
3. нейтральной
4. с гипохлоритом натрия
5. соленой

10. Преимуществом пломбирования корневого канала с применением системы «Термафил» является:

1. короткий период пластичности
2. трехмерная obturation канала
3. болевые ощущения >
4. выведение материала за верхушку

5. травма периодонта

ОТВЕТЫ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	3	4	1	3	4	3	3	1	2

Тема 27. Пломбирование корневых каналов

1. Корневой канал при воспалении пульпы пломбируют:

1. до анатомической верхушки
2. до физиологической верхушки
3. за пределы апикального отверстия
4. не доходя 2 мм до апикального отверстия
5. на 2/3 длины канала

2. Промывание корневого канала из шприца проводится при введении эндо-донтической иглы:

1. в устье канала
2. на 1/3 канала
3. на 1/2 канала
4. до верхушки
5. в полость зуба

3. Для промывания одного канала в процессе эндодонтического лечения необходимо использовать антисептический раствор в количестве (мл):

1. 1-5
2. 5-10
3. 10-15
4. 20-25
5. 25-30

4. Непосредственно перед пломбированием канал обрабатывается:

1. перекисью водорода
2. 96° спиртом
3. гипохлоритом натрия
4. дистиллированной водой
5. камфара-фенолом

5. Методика пломбирования корневого канала пастами предполагает:

1. введение в канал одного центрального штифта
2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
3. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
4. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
5. импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

6. Способ пломбирования каналов методом холодной латеральной конденсации гуттаперчи предполагает:

1. введение в канал одного центрального штифта
2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
3. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением.
4. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
5. импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

7. Обтурация корневых каналов системой «Термафил» предполагает:

1. введение в канал одного центрального штифта
2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
3. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
4. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
5. импрегнацию в канал медикамента с последующей его полимеризацией

8. Метод девитальной экстирпации пульпы заключается в удалении пульпы:

1. под анестезией
2. после ее некротизации

3. после применения антибиотиков
4. после применения препаратов йода
5. под наркозом

9. Эвгенол является основой для:

1. материалов для постоянных пломб
2. паст для постоянного пломбирования каналов
3. паст для временного пломбирования каналов
4. для изолирующих прокладок под композиты химического отверждения
5. для изолирующих прокладок под композиты светового отверждения

10. Препарат для медикаментозной обработки каналов с выраженной активностью в отношении анаэробных микроорганизмов:

1. диклофенак натрия
2. метронидазол
3. гипохлорит натрия
4. фурацилин
5. перекись водорода

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	3	4	4	3	2	2	2	2

Тема 28. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении

1. Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:

- 1) неправильная интерпретация рентгенограмм
- 2) недостаточная герметизация девитализирующей пасты
- 3) смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки
- 4) закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином
- 5) перфорация

2. Осложнением при эндодонтическом лечении является:

- 1) отлом инструмента в канале
- 2) создание апикального упора
- 3) пломбирование корневого канала до физиологического отверстия
- 4) создание конусности канала
- 5) расширение канала

3. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:

- 1) вскрытие полости зуба
- 2) наложение лечебной прокладки
- 3) полное, удаление некротизированного дентина
- 4) раскрытие кариозной полости
- 5) формирование кариозной полости

4. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:

- 1) наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба
- 2) закрытие кариозной полости искусственным дентином
- 3) наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба
- 4) адекватное обезболивание
- 5) проведение некроэктомии

5. Ошибкой в эндодонтии на этапах диагностики является:

- 1*. неправильная интерпретация рентгенограмм
2. недостаточная герметизация девитализирующей пасты
3. смещение мышьяковистой пасты при наложении повязки
4. закрытие мышьяковистой пасты масляным дентином
5. перфорация

6. Ошибкой при лечении пульпита биологическим методом является:

1. вскрытие полости зуба
2. наложение лечебной прокладки
3. полное, удаление некротизированного дентина
4. раскрытие кариозной полости
5. формирование кариозной полости

7. Ошибкой в лечении пульпита методом девитальной экстирпации является:

1. наложение мышьяковистой пасты без вскрытия полости зуба
2. закрытие кариозной полости искусственным дентином
3. наложение мышьяковистой пасты на вскрытую полость зуба
4. адекватное обезболивание
5. проведение некроэктомии

8. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

1. ферментов
2. антибиотиков
3. антидотов
4. хлорсодержащих препаратов
5. кислородсодержащих препаратов

9. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:

1. канал запломбирован не полностью
2. периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
3. канал запломбирован полностью
4. зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку
5. канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного материала за верхушку корня

10. Мышьяковистая паста классической прописи в 3.7 зуб накладывается на время:

1. 24 часа
2. 48 часов
3. 3 суток
4. 5-6 суток
5. 7 суток

ответы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	3	3	2

2.3. Ситуационные задачи для текущего контроля

Задача 1.

Больная М., 16 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на появление темных пятен на зубах. Больная постоянно проживает в районе с содержанием фтора в питьевой воде до 3 мг/л. При осмотре: эмаль на всех зубах потеряла прозрачность и покрыта множеством пятен желто-коричневого цвета. Микроскопически: множественные эрозии эмали, выраженные расстройства минерализации в виде гипоминерализации, разрушение не только эмали, но и дентина.

Вопросы:

- 1) Поставьте предварительный диагноз. Заполните необходимую медицинскую документацию
- 2) проведите обследование
- 3) Определите тактику лечения

Ответы:

- 1) Флюороз;
- 2) электроодонтодиагностика
- 3) Проведение деминерализующей терапии

Задача 2.

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 14 лет, с жалобами на кратковременные боли в зубе 3.7 при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

Задания

1. Поставьте диагноз. Заполните необходимую медицинскую документацию
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Ответ.

1. K02.1 Карес дентина. Глубокий кариес зуба 3.7.

2. II класс по Блэку.

3. Термометрия, электроодонтодиагностика.

4. Со средним кариесом, острым и хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом.

5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Задача 3

Планируется размещение стоматологического кабинета площадью 20 кв. м. с рабочим местом медицинской сестры для стерилизации инструментов

1. Рассчитайте нормативы общей освещенности
2. Укажите нормативы освещенности на рабочем месте врача-стоматолога и медицинской сестры
3. Укажите нормативы освещенности операционного поля врача-стоматолога.
4. Назовите методику проведения фенолфталеиновой пробы.
5. Охарактеризуйте стерилизацию инструментов методом кипячения.

Задача 4 .

Площадь кабинета врача-стоматолога-детского (терапевтический прием) составляет 18 кв.м.

1. Определите режим стерилизации воздуха
2. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации металлического инструментария
3. Укажите оптимальный способ дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации эндодонтических инструментов
4. Выберите способ дезинфекции и стерилизации стоматологических зеркал
5. Выберите оптимальный способ дезинфекции и стерилизации наконечников

Задача 5.

Организация учета амбулаторной работы врача-стоматолога требует ведения документации.

Вопросы:

1. Назовите учетную форму для ведения дневника лечения амбулаторного стоматологического больного
2. Назовите учетную форму журнала (дневника) работы врача-стоматолога
3. Назовите учетную форму лечения одного случая заболевания для ФОМС
4. Назовите форму для ежедневного учета работы врача-стоматолога
5. Назовите форму для ежемесячного учета работы врача-стоматолога

Задача 6.

Пациент Д. 17 лет жалуется на наличие косметического дефекта эмали в области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. Изменения структуры зубов отмечаются с момента их прорезывания, (см. фото).

Задания:

1. Назовите поражение твердых тканей зубов, к которому относится данная патология.
2. С чем связана особенность локализации поражения твердых тканей?
3. Укажите данные анамнеза, необходимые для уточнения диагноза.
4. С нарушением деятельности каких клеток связано развитие данного поражения эмали?
5. Расскажите о методах диагностики, применяемых для уточнения диагноза. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ.

1. K00.4 Нарушение формирования зубов. Системная гипоплазия (болезни зубов некариозного происхождения, развивающиеся до их прорезывания).
2. Системный характер поражения эмали зубов связан со сроками закладки, формирования и прорезывания зубов.
3. Состояние здоровья ребенка в первые годы жизни.
4. Гипоплазия является результатом нарушения функции амелобластов.
5. Окрашивание 2%-ным раствором метиленового синего, зондирование. Диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

Задача 7.

Пациент К. 10 лет обратился к стоматологу с жалобами на наличие пятен на зубах. При осмотре: множественные меловидные пятна на всех поверхностях зубов, в области пятен эмаль гладкая. Из анамнеза выяснено, что подобные изменения зубов имеются у одноклассников и друзей. Родился и

проживает в Московской области, содержание фторида в питьевой воде 1,5 мг/л.

Задания:

1. Назовите заболевание, которому соответствует данная клиническая картина.
2. Назовите причину развития данного заболевания.
3. Назовите основные дифференциально-диагностические признаки данного заболевания. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.
4. Назовите известные вам классификации данного заболевания.
5. Подберите зубные пасты, которые может использовать данный пациент.

Ответ.

1. K00.30 Флюороз зубов (пятнистая форма).
2. Повышенное содержание фторида в питьевой воде.
3. Время возникновения: до прорезывания постоянных зубов.
 - Анамнез: пациент с рождения проживает в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде.
 - Локализация: множественные пятна на всех поверхностях зубов; поражаются все постоянные зубы.
 - Характеристика очагов поражения: множественные пятна меловидного, светло-желтого или коричневого цвета с гладкой поверхностью, без четких границ.
 - Дополнительные методы обследования: участки поражения не окрашиваются 2%-ным раствором метиленового синего.
4. Классификация В.К. Патрикеева - клинические формы заболевания (штриховая, пятнистая, меловидно-крапчатая, эрозивная, деструктивная).
 - Международная классификация Dean - по степени тяжести поражения (сомнительная, очень слабая, слабая, средняя, тяжелая).
5. Зубные пасты, не содержащие фторид. Из них наиболее целесообразно использовать лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения кальция, фосфаты.

Задача 8.

К стоматологу обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие дефектов твердых тканей верхних зубов, которые видны при улыбке. Беспокоят кратковременные боли при приеме кислой и сладкой пищи, чистке зубов. Пациент практически здоров. Из анамнеза установлено, что пациент чистит зубы 2 раза в день, совершая зубной щеткой горизонтальные и вертикальные движения, использует жесткую зубную щетку, пасты для курильщиков и периодически чистит зубы зубным порошком, так как курит в течение длительного времени. При осмотре на зубах 1.3, 1.4 в пришеечной области имеются дефекты твердых тканей клиновидной формы, болезненная реакция на температурные раздражители и при зондировании.

Задания:

1. Назовите заболевание, соответствующее данной клинической картине.
2. Определите, к какой группе стоматологических заболеваний относится данная патология.
3. Назовите местные факторы, способствующие развитию патологии твердых тканей зубов у данного пациента.
4. Укажите периодичность использования высокоабразивных зубных паст у лиц, склонных к образованию плотного зубного налета.
5. Дайте рекомендации по выбору средств индивидуальной гигиены для пациентов с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ.

1. K03.1 Истирание твердых тканей зубов (клиновидный дефект).
2. Некариозные поражения твердых тканей зубов, возникающие после их прорезывания.
3. Нарушение техники чистки зубов (горизонтальные движения зубной щетки), регулярное применение жесткой зубной щетки и высокоабразивных средств гигиены (зубной порошок).
4. Высокоабразивные зубные пасты следует использовать 1-2 раза в неделю, в остальные дни рекомендуется чередование лечебно-профилактических зубных паст. Не рекомендуется использовать зубной порошок.
5. Пациентам с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов рекомендуется использовать мягкую зубную щетку, ополаскиватели и пасты для снижения чувствительности зубов, содержащие активные компоненты: хлорид стронция, соединения кальция, в том числе

гидроксиапатит, фториды, цитраты, нитрат калия, хлорид калия.

Задача 9.

Пациентка Л. 9 лет поступила в клинику с жалобами на косметический дефект, который проявлялся на коронках всех постоянных зубов в виде ямок и бороздок. При сборе анамнеза выяснено, что зубы прорезывались с описанной выше клинической картиной, похожие зубы были у бабушки по материнской линии.

Задания:

1. Объясните причину данного заболевания зубов.
2. Укажите группу некариозных поражений твердых тканей зубов, к которой относится данное заболевание.
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Назовите специалистов, которые могут подтвердить диагноз.
5. Укажите метод лечения для достижения косметического эффекта и сроки его проведения.

Ответ.

1. Заболевание наследственное.
2. К наследственным нарушениям развития зубов.
3. K00.50 Несовершенный амелогенез («рифленные» зубы).
4. Медицинские генетики.
5. Для достижения косметического эффекта показано изготовление виниров после завершения формирования корней.

Задача 10

Мальчик 14 лет поступил в клинику с жалобами на измененный цвет зубов.

При сборе анамнеза выяснено, что мальчик в возрасте 5-7 лет неоднократно болел ОРВИ.

Местно: на разных поверхностях всех зубов имеются множественные дефекты эмали темной окраски (см. фото). Зубы прорезались уже измененными.

Задания:

1. Укажите причину, способную вызвать такие изменения эмали зубов.
2. Назовите заболевания, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Назовите возрастной период воздействия неблагоприятного причинного фактора.
4. Поставьте диагноз. Заполните необходимую медицинскую документацию
5. Составьте план лечения. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

Ответ.

1. Употребление питьевой воды с повышенным содержанием фторидов.
2. С системной гипоплазией эмали, с множественным кариесом в стадии пятна и поверхностным кариесом; с наследственным несовершенным амелогенезом.
3. Первые годы жизни ребенка.
4. K00.30 Флюороз зубов, меловидно-крапчатая форма.
5. Для достижения косметического эффекта проводятся методы отбеливания и изготовление вини

Задача 11.

К стоматологу обратилась мама с ребенком 6 лет для профилактического осмотра. В анамнезе частые простудные заболевания, наличие вредной привычки сосания пальцев. Дышит ртом. Имеется дизокклюзия зубов во фронтальном отделе. Родители начали обучать ребенка чистке зубов. Используется зубная щетка с размером головки 30 мм и зубная паста «Колгейт Тотал». Индекс гигиены по Федорову-Володкиной = 4,0.

Зубы 5.5, 5.4, 6.4, 7.4, 8.4 поражены кариесом.

Задания:

1. Определите индекс интенсивности кариеса зубов.
2. Оцените уровень гигиены полости рта.
3. Укажите ошибки, допущенные мамой в выборе средств гигиены.
4. Дайте рекомендации по выбору средств гигиены полости рта.
5. Назначьте консультацию специалистов.

Ответ.

1. КПУ+кп = 5
2. Уровень гигиены полости рта очень плохой.

3. Большой размер рабочей части зубной щетки; пасту «Колгейт Тотал» (содержащую триклозан) рекомендуют использовать взрослым при воспалительных заболеваниях пародонта.
4. Рекомендуется использовать детские зубные пасты с противокариозными (F, Ca, P) компонентами, детскую зубную щетку с мягкой щетиной. Следует менять щетку один раз в 2-3 месяца.
5. Необходима консультация ортодонта и отоларинголога.

Задача 12.

В индустриальном городе А, расположенном в умеренной климатической зоне, планируется проведение программы профилактики основных стоматологических заболеваний среди школьников. Проведено эпидемиологическое стоматологическое обследование детского населения по методике ВОЗ. Содержание фторида в питьевой воде 0,6 мг/л. В ходе обследования выявлена интенсивность кариеса постоянных зубов (по индексу КПУ) у 6-летних детей - 0,4; у 12-летних - 3,1; у 15-летних - 4,0. Средняя интенсивность поражения тканей пародонта по индексу CPI составляет у 12-летних детей - 2,5 секстанта, у 15-летних - 3,0 секстанта (регистрируется кровоточивость десны и зубной камень).

Задания:

1. Укажите рекомендуемое минимальное количество обследуемых детей каждой возрастной группы по методике ВОЗ. Заполните необходимую медицинскую документацию
1. Назовите ключевые возрастные группы для оценки состояния твердых тканей постоянных зубов (кариозное поражение) и тканей пародонта в популяции.
2. Определите уровень интенсивности кариеса зубов у 12-летних детей по критериям ВОЗ.
3. Определите наиболее эффективные методы профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста.
4. Определите наиболее эффективные методы профилактики воспалительных заболеваний пародонта у детей.

Ответ.

1. Не менее 50 человек.
2. 12 лет - оценка состояния твердых тканей зубов (кариозное поражение); 15 лет - оценка состояния тканей пародонта.
3. Уровень интенсивности кариеса средний.
4. Стоматологическое просвещение;
 - Обучение рациональной гигиене полости рта;
 - Местное применение фторидов (фторидсодержащие пасты, покрытие зубов фтор-лаком, полоскания фторидсодержащими растворами);
 - Герметизация фиссур постоянных моляров.
5. Обучение рациональной гигиене полости рта;
 - Профессиональная гигиена полости рта (1 раз в 6 месяцев).

Задача 13.

На прием к стоматологу обратилась мама с сыном 12 лет с жалобами на наличие пятен на передних зубах. Ребенок чистит зубы нерегулярно. При осмотре отмечается наличие меловидных пятен в пришеечной области на зубах 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 поверхность эмали в области пятен шероховатая, блеск эмали отсутствует. Индекс гигиены полости рта РНР = 1,8.

Задания:

1. Оцените состояние гигиены полости рта.
2. Назовите заболевание, которому может соответствовать данная клиническая картина.
3. Дополнительные методы, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Укажите основной фактор риска возникновения данного заболевания.
5. Предложите комплекс лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Ответ.

1. Уровень гигиены неудовлетворительный.
2. K02.0 Кариес эмали. Очаговая деминерализация эмали (кариес в стадии пятна).
3. Метод витального окрашивания эмали 2%-ным раствором метиленового синего.
4. Наличие мягкого зубного налета.
5. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий:
 - Обучение рациональной гигиене полости рта.
 - Проведение контролируемой чистки зубов.

- Проведение реминерализующей терапии.

Задача 14.

В средней школе индустриального города проводится программа профилактики основных стоматологических заболеваний среди детей с включением метода герметизации фиссур зубов герметиком химического отверждения «Фиссурит». На прием к школьному стоматологу вызван пациент Д. 12 лет для профилактического осмотра. Зубы 3.7, 4.7 - в стадии прорезывания. Фиссуры глубокие, здоровые. Визуально определяется значительное количество зубного налета на всех поверхностях постоянных моляров.

Задания:

2. Определите показания к проведению метода герметизации фиссур вторых постоянных моляров у данного пациента. Заполните необходимую медицинскую документацию

1. Укажите факторы риска возникновения кариеса фиссур у ребенка.
2. Опишите механизм профилактического действия метода герметизации фиссур.
3. Перечислите этапы герметизации фиссур.
4. Назовите другие профилактические мероприятия, в проведении которых нуждается данный пациент.

Ответ.

1. Показания к проведению герметизации фиссур: возрастные - 12 лет; анатомические - глубокие фиссуры.
2. • Незаконченная минерализация эмали фиссур жевательных поверхностей.
• Ретенция зубного налета в фиссурах.
• Анатомическое строение фиссурно-ямочной сети (глубокие фиссуры).
• Зубы 3.7, 4.7 - состояние вне окклюзии.
3. Изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов в полости рта.
4. Этапы:
 - очищение зуба от налета;
 - изоляция от слюны;
 - высушивание зуба;
 - протравливание фиссуры зуба ортофосфорной кислотой (15-20 сек.);
 - удаление кислоты из фиссуры струей воды (15-20 сек.);
 - повторная изоляция от слюны;
 - высушивание поверхности зуба;
 - внесение герметика в фиссуру;
 - проверка качества герметизации при помощи стоматологического зонда;
 - проверка окклюзионной высоты прикуса.
5. Пациент нуждается в проведении профилактических мероприятий:
 - Обучении рациональной гигиене полости рта.
 - Контролируемой чистке зубов.
 - Местном применении фторидов (фторидсодержащие зубные пасты, покрытие зубов фторлаком или гелем, фторидсодержащие полоскания).

Задача 15.

Родители с ребенком в возрасте 2 лет 10 месяцев обратились к стоматологу для профилактического осмотра. Ребенок родился доношенным, беременность протекала без патологических отклонений, находился на искусственном вскармливании. Сосет соску. Зубная формула:

			С	С	С	С			
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
	С							С	

Имеется видимый зубной налет на всех зубах. Протрузия фронтальных зубов верхней челюсти. Ребенку дают сладости несколько раз в день.

Задания:

3. Укажите факторы риска развития кариеса у ребенка. Заполните необходимую медицинскую

документацию

4. Дайте рекомендации в отношении употребления сладостей.
5. Укажите фактор риска развития зубочелюстных аномалий.
6. Дайте рекомендации по уходу за полостью рта и выбору средств гигиены. Составьте программу индивидуальной реабилитации пациента
5. Назовите специалиста, к которому необходимо обратиться за консультацией.

Ответ.

1. Наличие мягкого зубного налета. Повышенное употребление сладостей.
2. Ограничение приема сладостей до 20 г в сутки (рекомендации ВОЗ для детей дошкольного возраста), употребление сладостей во время основного приема пищи, исключение приема сладостей между приемами пищи и на ночь.
3. Сосание соски.
4. Необходимо начать обучение ребенка и родителей чистке зубов. Регулярность чистки зубов - 2 раза в сутки (утром и вечером). Детская зубная щетка с мягкой щетиной. Детские гелевые зубные пасты с противокариозными компонентами.

Консультация ортодонта

Задача 16.

Пациентка В. 20 лет обратилась в клинику с целью профилактического осмотра. Жалоб не предъявляет.

Объективно: зуб 2.3 – на вестибулярной поверхности в пришеечной области определяется нечётко отграниченный участок серовато-белого цвета. Реакция на температурные раздражители незначительная, быстро проходящая после устранения раздражителя.

Потери эпителиального прикрепления нет, в пришеечной области всех зубов определяется наличие мягкого зубного налёта.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Меры профилактики, рекомендованные в указанном случае.

Ответы:

Зуб 2.3 - кариес эмали, стадия «мелового пятна» [начальный кариес] (K.02.0).

Витальное окрашивание. Температурная проба. Трансиллюминация. Лазерная диагностика аппаратом «Диагностент».

Дифференциальную диагностику проводят с эрозией эмали (K 03.29), гипоплазией эмали (K00.40), флюорозом (K00.30).

Коррекция индивидуальной гигиены полости рта. Профессиональная гигиена полости рта.

Реминерализирующая терапия с использованием одного из методов (метод Е.В.

Боровского и П.А. Леуса, метод Ю.М. Максимовского, метод Е.В. Боровского и Е.А.

Волкова с применением двухкомпонентного препарата «БВ»).

Меры профилактики: оздоровление организма; ограничение приёма

углеводов; режим питания; приём жёсткой пищи; улучшение слюноотделения; гигиена полости рта; устранение зубочелюстных деформаций.

Задача 17.

Пациент Ч. 28 лет обратился в клинику с жалобами на эстетический дефект в области фронтальных зубов, кратковременную, быстропроходящую боль при приёме сладкой или холодной пищи. В анамнезе ортодонтическое лечение с использованием несъёмного аппарата.

Объективно: зуб 21 - на дистальной контактной поверхности кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование дна и стенок кариозной полости болезненное. Перкуссия зуба безболезненная.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Укажите необходимые дополнительные методы обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Составьте план лечения.

Укажите последовательность этапов пломбирования данной полости.

Ответы:

Зуб 2.1 - кариес дентина (К.02.1).

Температурная проба. Электроодонтодиагностика. Рентгенография.

Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (К 02.0).

Профессиональная чистка зубов. Выбор материала для реставрации (светополимеризуемый композит). Подбор цвета. Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев эмали, создание фальца). Изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики). Наложение лавсановой матрицы и интрадентального клина. Медикаментозная обработка кариозной полости. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление матрицы, клина, коффердама, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное пришлифовывание) полирование пломбы. Нанесение кислотного геля 37% ортофосфорной кислоты на эмаль и дентин. Промывание, удаление излишков влаги в полости. Внесение адгезива, его полимеризация. Послойное внесение композита и полимеризация каждого слоя.

Задача 18.

Пациент Ф. 29 лет обратился в клинику с целью профилактического осмотра, жалоб не предъявляет. Из анамнеза: к стоматологу обратился впервые за последние 4 года.

Объективно: зуб 17 - на окклюзионной поверхности на дистальном щёчном бугре кариозная полость средней глубины, выполненная пигментированным и размягчённым дентином. Зондирование болезненное по стенкам кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненная.

Реакция на холод кратковременная.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Укажите необходимые дополнительные методы обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Составьте план лечения.

Охарактеризуйте класс данной кариозной полости в соответствии с классификацией Блэка.

Ответы:

Зуб 17 - кариес дентина (К.02.1).

Электроодонтодиагностика. Рентгенография.

Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (К02.0).

Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев полости). Изоляция зуба от слюны от слюны (коффердам или ватные валики и слюноотсос). Медикаментозная обработка кариозной полости. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление коффердама, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное пришлифовывание) полирование пломбы. VI класс в соответствии с классификацией Блэка. Кариозная полость локализуется на бугре.

К классу VI, согласно дополнению к классификации Блэка, относятся полости, локализующиеся на режущем крае резцов и на вершинах бугров клыков, премоляров и моляров.

Задача 19.

Пациентка П. 23 года обратилась в клинику с жалобой на попадание пищи между зубами верхней челюсти справа, периодически возникающую кратковременную боль при приёме холодной и сладкой воды и пищи. Впервые ощущение возникли около 2 месяцев назад.

Объективно: зуб 26 - на окклюзионной и медиальной контактных поверхностях кариозная полость средней глубины, выполненная размягчённым и пигментированным дентином. Зондирование болезненное по стенкам кариозной полости. Перкуссия зуба безболезненная. Реакция на холод кратковременная.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Укажите необходимые дополнительные методы обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Составьте план лечения.

Перечислите возможные ошибки при пломбировании кариозной полости II класса по Блэку зуба 26.

Ответы:

Зуб 26 - кариес дентина (K.02.1).

Электроодонтодиагностика. Рентгенография.

Дифференциальную диагностику проводят с кариесом эмали (K 02.0), начальным пульпитом (гиперемией) (K04.00).

Обезболивание. Препарирование кариозной полости (раскрытие кариозной полости, некрэктомия, формирование полости, финирирование краев эмали). Изоляция зуба от слюны и десневой жидкости (коффердам, ретракционная нить, ватные валики). Медикаментозная обработка кариозной полости. Наложение матрицы и интрадентального клина. Внесение пломбировочного материала. Моделирование анатомической формы зуба. Удаление матрицы, клина, коффердама, ретракционной нити, валиков. Коррекция окклюзионных и артикуляционных контактов (избирательное шлифование), полирование пломбы. Отсутствие плотного контактного пункта, контактный пункт сформирован на уровне краевого гребня зуба, нависающий край пломбы в пришеечной области, недостаточная адгезия материала в пришеечной области.

Задача 20.

Больная А., 38 лет, обратилась в клинику с жалобами на кратковременные боли от сладкого, соленого, кислого. При осмотре обнаружен дефект неправильной формы, без блеска в области нижнего шестого зуба слева. Зондирование болезненно по дентино-эмалевому соединению.

Микроскопически: разрушение эмали в пределах дентино-эмалевого соединения в месте дефекта, декальцинация эмалевых призм, в призмах хорошо видна поперечная исчерченность, разрыхленность межпризменного вещества, микроорганизмы в месте дефекта.

Вопросы: 1) Какой патологический процесс твердых тканей зуба имел место у данной больной? 2) Какая это стадия описанного патологического процесса? 3) Какие возможны исходы данного патологического процесса при быстром и при медленном течении заболевания?

Ответы: 1) Кариес; 2) Ранний; 3) Обратное развитие, прогрессирование с формированием среднего кариеса

Задача 21.

Больная М., 16 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на появление темных пятен на зубах.

Больная постоянно проживает в районе с содержанием фтора в питьевой воде до 3 мг/л. При осмотре: эмаль на всех зубах потеряла прозрачность и покрыта множеством пятен желто-коричневого цвета. Микроскопически: множественные эрозии эмали, выраженные расстройства минерализации в виде гипоминерализации, разрушение не только эмали, но и дентина.

Вопросы: 1) Какой патологический процесс твердых тканей зуба имел место у данной больной? 2) Какая это стадия описанного патологического процесса? 3) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

Ответы: 1) Флюороз; 2) 4-я стадия, эрозивная; 3) Формирование хрупких зубов с последующим разрушением.

Задача 22.

Больная К., 44 лет, обратилась в клинику с целью санации полости рта. При осмотре: на вестибулярной поверхности верхнего третьего зуба справа в пришеечной области выявлен дефект твердых тканей зуба средней глубины, овальной формы; дентин плотный, пигментированный, дно шероховатое, зондирование и воздействие холодной воды вызывает кратковременные быстро проходящие боли. Микроскопически: дентино-эмалевое соединение разрушено, поражение Томсовых волокон в виде жировой дистрофии и распада их, дентинные канальцы расширены, заполнены микроорганизмами; хорошо различимы три зоны.

Вопросы: 1) Какой патологический процесс твердых тканей зуба имел место у данной больной? 2) Какая это стадия описанного патологического процесса? 3) Какие зоны были определены при микроскопическом исследовании? 4) Какие могут быть осложнения описанного патологического процесса?

Ответы: 1) Кариес; 2) Глубокий; 3) Зона размягченного дентина, зона сохранного дентина, зона прозрачного (гиперминерализованного) дентина; зона вторичного (иррегуляторного) дентина; 4) Пульпит дальнейшими осложнениями в виде периодонтита, формирования периапикальных кист, сепсис.

Задача 23.

Больной С., 36 лет, обратился в клинику с жалобами на острую боль в нижнем шестом зубе справа, боль усиливалась в ночное время и от температурных раздражителей. При осмотре: глубокая кариозная полость на жевательной поверхности зуба, заполненная размягченным дентином, зондирование резко болезненно; на рентгенограмме: глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, изменений в периапикальных тканях нет. Микроскопически: в пульпе имеется очаговое скопление нейтрофилов, часть из которых в состоянии распада, вокруг очага - отек пульпы, полнокровие сосудов, единичные мелкие кровоизлияния, слабо выраженная клеточная инфильтрация, дистрофические изменения нервных волокон.

Вопросы: 1) Какой патологический процесс в пульпе зуба имел место у данного больного? 2) Какая это разновидность описанного патологического процесса? 3) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

Ответы: 1) Пульпит; 2) Очаговый гнойный; 3) Переход в хроническую форму, формирование полиповидных разрастаний пульпы, прогрессирование в апикальный периодонтит.

Задача 24.

В стоматологическую поликлинику обратился пациент С, 19 лет с целью санации полости рта. Врач-стоматолог выяснил жалобы пациента: на наличие кариозной полости в зубе верхней челюсти. В разделе «Развитие настоящего заболевания» врач записал: «Со слов больного кариозную полость он обнаружил полгода назад, периодически наблюдались кратковременные боли от термических раздражителей. Ранее этот зуб не лечился».

Задания:

1. Назовите следующие этапы обследования стоматологического больного.
2. Определите основные методы обследования.
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Дайте название диагноза, который ставится с помощью основных методов обследования.
5. Определите название диагноза, который ставится с помощью основных и дополнительных методов обследования.

Ответ.

1. Anamnesis vitae, осмотр, дополнительные методы обследования.
2. Опрос, осмотр (внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпация, зондирование, перкуссия).
3. ЭОД, рентгенография, лабораторные методы исследования.
4. Предварительный.
5. Окончательный.

Задача 25.

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная К., 20 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по поводу среднего кариеса, пломба выполнена из материала «Филтек», прокладка из стеклоиономерного цемента «Витребонд».

Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

Задания:

1. Каковы причины жалоб пациентки?
2. Перечислите, врачебные ошибки, которые могли привести к данной клинической ситуации.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Какой класс кариозной полости по Блэку?
5. Тактика врача в этой ситуации.

Ответ.

1. Нарушение краевого прилегания пломбирочного материала (разгерметизация пломбы), «открытые» участки твердых тканей зуба в кариозной полости.
2. Препарирование кариозной полости без охлаждения, не правильное наложение изолирующей прокладки (не изолирует всей поверхности дентина), нарушение технологии работы с пломбирочным материалом.
3. Термодиагностика, электроодонтодиагностика.
4. I класс по Блэку.
5. Удаление ранее наложенной пломбы, наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Задача 26.

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 18 лет, с жалобами на кратковременные боли в зубе 3.7 при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

Ответ.

1. K02.1 Карес дентина. Глубокий кариес зуба 3.7.
2. II класс по Блэку.
3. Термометрия, электроодонтодиагностика.
4. Со средним кариесом, острым и хроническим пульпитом, хроническим верхушечным периодонтитом.
5. Анестезия, препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка кариозной полости, наложение лечебной прокладки (по показаниям), наложение изолирующей прокладки, пломбирование.

Задача 27.

Больной Р, 45 лет жалуется на боль при приеме пищи в зубе на верхней челюсти слева. Объективно: в 25 зубе - кариозная полость, локализованная в пределах плащевого дентина. После удаления размягченного дентина выявлено ее сообщение с полостью зуба. Зондирование сообщения резко болезненно, сопровождается кровоточивостью. Выберите оптимальный метод лечения в данном случае.

Задания:

1. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Выберите и обоснуйте метод лечения.
4. Опишите основные этапы лечения.
5. Выскажите прогноз заболевания. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.

б. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответ.

1. Рентгенодиагностика для выявления патологических изменений в периапикальных тканях.
2. К04.03 Хронический фиброзный пульпит зуба 2.5.
3. Витальная или девитальная ампутация.
4. Анестезия, ампутация пульпы, остановка кровотечения, формокрезол на культю пульпы, временная повязка из стеклоиономерного цемента. При отсутствии жалоб - через неделювосстановление стандартной металлической коронкой, рентгенологический контроль 1 раз в полгода.
5. Для зуба - благоприятный. Диспансерное наблюдение до смены на постоянный.
6. Профессиональная гигиена полости рта, контролируемая чистка.

Задача 28.

Ребенку 6 лет, по поводу хронического фиброзного пульпита наложена мышьяковистая паста в 75 зуб 4 дня назад. Своевременно для дальнейшего лечения не явился. Перкуссия зуба болезненна, переходная складка не изменена.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ответ.

1. Мышьяковистый периодонтит зуба 7.5.
2. Удаление мышьяковистой пасты.

Применение антидота – унитиол, йод.

Механическая и медиаментозная обработка корневых каналов, наложение повязки с противовоспалительным действием – пульпосептин на 2-3 дня.

Во 2 посещение, при отсутствии жалоб окончательное пломбирование корневых каналов цинкооксидэвгеноловой пастой.

Постановка постоянной пломбы.

2.4 Итоговый тестовый контроль

1) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

1. зонд, зеркало
2. штопфер, зонд
3. гладилка, зонд
4. пинцет, зеркало

2) МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ (ХОЛОДНОЙ) СТЕРИЛИЗАЦИИ СТЕРИЛИЗУЮТ

1. зеркала, изделия из стекла
2. наконечники
3. боры

4. одноразовые шприцы

3) АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ

1. марлевые тампоны, наконечники
2. одноразовые шприцы
3. пластмассовые шпатели
4. слюноотсосы, зеркала

4) ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ, ПОДДЕРЖИВАЕМЫЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА, СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

1. 18-23
2. 15-16
3. 17-18
4. 23-28

5) ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «АССИСТИНА» ЯВЛЯЕТСЯ

1. предстерилизационная очистка и смазывание наконечников
2. стерилизация наконечников
3. дезинфекция боров
4. дезинфекция эндодонтического инструментария
- 6) СУХОЖАРОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ
 1. цельнометаллических инструментов
 2. перевязочного материала
 3. белья
 4. ватных валиков
- 7) СРЕДСТВОМ, ИСПОЛЬЗУЕМОМ ДЛЯ ХОЛОДНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЕРКАЛ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. 6% раствор перекиси водорода
 2. 1% раствор перекиси водорода
 3. 0,5% раствор хлорамина
 4. 75% метиловый спирт
- 8) ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОРЫ ПОМЕЩАЮТ В
 1. дезинфицирующий раствор
 2. сухожаровой шкаф
 3. гласперленовый стерилизатор
 4. «Терминатор»
- 9) С ПОМОЩЬЮ АМИДОПИРИНОВОЙ ПРОБЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ
 1. остатки крови на инструментах
 2. остатки моющих средств
 3. стерильность инструментов
 4. наличие жира
- 10) СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗЕРКАЛА СТЕРИЛИЗУЮТСЯ МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПО ВРЕМЕНИ (ЧАС)
 1. 1-2
 2. 2-3
 3. 3
 4. 4-5
- 11) В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗУЮТ
 1. боры, эндодонтический инструментарий
 2. стоматологические зеркала
 3. вату, бельё
 4. оттиски
- 12) В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ
 1. нагретыми стерильными шариками
 2. горячим паром
 3. облучением
 4. раствором глутаральдегида
- 13) ПОВЕРХНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ
 1. после приёма каждого пациента
 2. 1 раз в день
 3. 2 раза в день
 4. 3 раза в день
- 14) ПЛОЩАДЬ ОПЕРАЦИОННОЙ НА ДВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)
 1. 30
 2. 20
 3. 25

4. 40
- 15) В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ СТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ПЛОЩАДЬ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)
1. 8
 2. 10
 3. 20
 4. 25
- 16) КВАРЦЕВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ДЕНЬ (КОЛИЧЕСТВО РАЗ)
1. 3
 2. 1
 3. 2
 4. 4
- 17) РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ КРЕСЛАМИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (М)
1. 1,5
 2. 1,0
 3. 1,2
 4. 2,0
- 18) ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)
1. 14
 2. 12
 3. 10
 4. 7
- 19) НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО С УНИВЕРСАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ (КВ. М)
1. 10
 2. 15
 3. 14
 4. 5
- 20) ОКНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНЫ НА НАПРАВЛЕНИЕ
1. северное
 2. южное
 3. западное
 4. восточное
- 21) РАСПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КРЕСЛЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНО НА
1. окно
 2. двери
 3. стену
 4. врача
- 22) АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ
1. предстерилизационной очистки
 2. дезинфекции
 3. стерилизации
 4. каждого этапа дезинфекции
- 23) ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ НА НАЛИЧИЕ КРОВИ И БЕЛКОВЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА
1. амидопириновая

2. йодиоловая
 3. бензидиновая
 4. фенолфталеиновая
- 24) ПОСЛЕ РАБОЧЕГО ДНЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ИМЕЛ МЕСТО КОНТАКТ РУК С ХЛОРННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, КОЖУ ОБРАБАТЫВАЮТ ВАТНЫМ ТАМПОНОМ, СМОЧЕННЫМ РАСТВОРОМ
1. 1% гипосульфита натрия
 2. 2% перекиси водорода
 3. 0,05% хлоргексидина
 4. 70% медицинского спирта
- 25) РАБОТНИКАМ, ЗАНЯТЫМ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ АМАЛЬГАМЫ, ДОЛЖНЫ ВЫДАВАТЬСЯ
1. хирургические халаты без карманов
 2. медицинские халаты без воротников
 3. хирургические халаты с карманами
 4. одноразовые медицинские шапочки
- 26) РЕНТГЕНОВСКИЙ АППАРАТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН В ОТДЕЛЬНОМ ПОМЕЩЕНИИ, ПЛОЩАДЬ КОТОРОГО ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)
1. 6
 2. 8
 3. 9
 4. 11
- 27) КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
1. светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса
 2. размягчённого дентина на дне и стенках кариозной полости
 3. плотного пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
 4. светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса
- 28) КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ПЛОМБИРУЮТ
1. до физиологической верхушки
 2. до анатомической верхушки
 3. не доходя 2 мм до апикального отверстия
 4. на $\frac{2}{3}$ длины канала
- 29) ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ «ТЕРМОФИЛ» ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ
1. разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
 2. одного центрального штифта
 3. нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
 4. пломбировочного материала пастообразной консистенции
- 30) ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. Gates-glidden
 2. фиссурный бор
 3. пиковидный бор
 4. H-file
- 31) ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ
1. мезиальный щёчный
 2. дистальный нёбный
 3. дистальный щёчный
 4. мезиальный нёбный

- 32) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПЛОХО ПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН МЕТОД
1. депофореза гидроксида меди-кальция
 2. резорцин-формалиновый
 3. диатермокоагуляции
 4. ультрафонофореза йодида калия
- 33) ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ЗАКРЫТОГО СЭНДВИЧА» ПРОКЛАДКА
1. перекрывается композитом
 2. не перекрывается композитом
 3. накладывается на края полости
 4. накладывается на стенки полости
- 34) К МИНИМАЛЬНОМУ НАГРЕВУ ПУЛЬПЫ ВЕДЁТ ПРЕПАРИРОВАНИЕ
1. прерывистое с охлаждением
 2. непрерывное без охлаждения
 3. непрерывное с охлаждением
 4. прерывистое без охлаждения
- 35) ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ СКОС ЭМАЛИ ФОРМИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ
1. увеличения площади сцепления
 2. химической связи композиционного материала с эмалью
 3. равномерного распределения нагрузки на ткани зуба
 4. улучшения полирования композита
- 36) ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОДНО- И ДВУХКОМПОНЕНТНЫХ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ НЕОБХОДИМО ПРОТРАВЛИВАТЬ
1. эмаль 30 секунд, а дентин - 15 секунд
 2. эмаль и дентин 15 секунд
 3. эмаль 30-60 секунд
 4. эмаль и дентин 30-60 секунд
- 37) НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ОТВЕРСТИЯ И ПОДГОТОВКИ К ПЛОМБИРОВАНИЮ 16 ИЛИ 26 ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ
1. медиальный щёчный
 2. дистальный нёбный
 3. дистальный щёчный
 4. нёбный
- 38) К АНТИСЕПТИКАМ, СОДЕРЖАЩИМ ХЛОРГЕКСИДИН, ОТНОСЯТ
1. Элюдрил и Корсодил
 2. Эльгидиум и Диоксиколь
 3. Пародиум и Сангвиритрин
 4. Имудон и Элюгель
- 39) ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА)
 2. 3% раствор Гипохлорита натрия
 3. Оксипропилендициклофосфоновая кислота (Ксидифон)
 4. раствор Перекиси водорода
- 40) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬПОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ
1. Гидроксид кальция и слой стеклоиономерного цемента (СИЦ)
 2. цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака
 3. Гидроксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент
 4. Гидроксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента
- 41) ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1. Каталюгем
2. Этилендиаминтетрауксусную кислоту (ЭДТА)
3. Крезофен
4. Химотрипсин
- 42) К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ
 1. содержащие гидроокись кальция
 2. сульфаниламидные
 3. кортикостероидные
 4. эвгенолсодержащие
- 43) МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДOK ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИВАТЬ
 1. противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
 2. прочную связь подлежащего дентина и пломбирочного материала
 3. кондиционирование дентина
 4. эстетику реставрации
- 44) ДЛЯ МЕДЛЕННОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТУ
 1. параформальдегидную
 2. резорцинформалиновую
 3. цинкоксидэвгеноловую
 4. мышьяковистую
- 45) ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОКАЗАНЫ
 1. препараты фтора
 2. витамины
 3. препараты, содержащие декстраназу
 4. гормоны
- 46) РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ МЕТОДИКУ
 1. искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
 2. устранения смазанного слоя
 3. реставрации
 4. искусственного насыщения эмали органическими компонентами
- 47) ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ
 1. кальций, фтор
 2. натрий, магний
 3. йод, бром
 4. железо, стронций
- 48) ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО
 1. стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
 2. увеличению прироста кариеса
 3. появлению новых белых кариозных пятен
 4. уменьшению воспаления тканей десны
- 49) МЕТОД ТОННЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ (КЛАСС ПО БЛЭКУ)
 1. 2
 2. 1
 3. 3
 4. 4
- 50) СОГЛАСНО ОБЩЕМУ ПЛАНУ ЛЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (КРОМЕ НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ) НУЖНО НАЧИНАТЬ С
 1. профессиональной гигиены полости рта
 2. лечения заболеваний пародонта
 3. выявления кариеса
 4. эндодонтического лечения
- 51) ЧТОБЫ СНИЗИТЬ РИСК ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЁННОГО КАНАЛА, НЕОБХОДИМО
 1. использовать инструмент с модифицированным направляющим кончиком

2. выбрать инструмент соответственно толщине канала
 3. отказаться от расширения канала
 4. воспользоваться только химическими средствами расширения канала
- 52) **БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖЕН ПРИ**
1. гиперемии пульпы у пациента 18 лет
 2. остром гнойном пульпите многокорневого зуба у пациента 43 лет
 3. "В", остром начальном пульпите у пациента 20 лет с бронхиальной астмой
 4. хроническом пульпите у пациента 23 лет
- 53) **ПОЛНОЕ СОХРАНЕНИЕ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ**
1. гиперемии пульпы (глубоком кариесе)
 2. остром гнойном пульпите
 3. хроническом пульпите
 4. остром периодонтите
- 54) **МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ В**
1. молярах
 2. резцах
 3. клыках
 4. премолярах
- 55) **МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ**
1. остром гнойном пульпите
 2. случайном вскрытии пульпы зуба
 3. остром очаговом пульпите
 4. неэффективности биологического метода
- 56) **ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ**
1. витальную экстирпацию
 2. сохранение жизнеспособности всей пульпы
 3. витальную ампутацию
 4. девитализацию пульпы
- 57) **ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ**
1. витальную экстирпацию
 2. витальную ампутацию
 3. сохранение жизнеспособности всей пульпы
 4. девитализацию
- 58) **ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА ПОЛОМКА ИНСТРУМЕНТА ПРИ ОБРАБОТКЕ КАНАЛА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**
1. сделать рентгенографию зуба
 2. информировать об этом пациента
 3. измерить оставшуюся в руках часть инструмента
 4. немедленно попытаться извлечь инструмент
- 59) **АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ**
1. недавно перенесённый инфаркт миокарда
 2. недостаточность функции надпочечников
 3. лучевая терапия
 4. сахарный диабет
- 60) **ЦЕЛЬЮ НЕКРОЭКТОМИИ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**
1. исключение рецидива кариеса
 2. создание контактного пункта
 3. восстановление формы зуба
 4. финирирование полости

- 61) НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. восстановление минерального состава эмали
 2. иссечение поражённой эмали с последующим пломбированием
 3. сошлифование поражённой эмали дисками
 4. микроабразия
- 62) ПРИ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ВЫПОЛНЯЮТ
1. наложение мышьяковистой пасты
 2. ампутацию пульпы
- 63) раскрытие полости зуба
3. инструментальную обработку каналов
- 64) ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПРЕДЕНТИН СО СТЕНОК КАНАЛА ЗУБА РЕКОМЕНДУЮТ УДАЛЯТЬ
1. К-файлом
 2. пульпэкстрактором
 3. корневой иглой
 4. К-ридером
- 65) МЕТОДИКА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПАСТАМИ ВКЛЮЧАЕТ
1. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
 2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
 3. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
 4. введение в канал одного центрального штифта
- 66) СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОЛАГАЕТ
1. введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
 2. введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
 3. введение в канал одного центрального штифта
 4. последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции
- 67) К ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ
1. К-файл и Н-файл
 2. К-ридер
 3. пульпэкстрактор
 4. каналонаполнитель
- 68) КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
1. внесения пломбировочного материала в корневой канал
 2. определения глубины корневого канала
 3. удаления пульпы
 4. распломбирования каналов
- 69) РАБОЧАЯ ДЛИНА КОРНЕВОГО КАНАЛА ЗУБА ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ДАННЫМИ
1. рентгенографии
 2. субъективных ощущений
 3. термодиагностики
 4. электроодонтодиагностики
- 70) ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТ
1. спредеры
 2. Н-файлы

3. пульпэкстракторы
4. плагеры
- 71) КОРОНКОВУЮ ЧАСТЬ ПУЛЬПЫ (АМПУТАЦИЯ) УДАЛЯЮТ
 1. экскаватором
 2. штопфером
 3. зондом
 4. колесовидным бором
- 72) ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО МЕТОДУ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
 1. спредер
 2. Н-файл
 3. развёртку
 4. пульпэкстрактор
- 73) МЫШЬЯКОВИСТУЮ ПАСТУ КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ В ЗУБ 3.7 НАКЛАДЫВАЮТ НА (СУТ.)
 1. 2
 2. 3
 3. 1
 4. 5
- 74) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЮТ
 1. зеркало, зонд
 2. гладилку, пинцет
 3. пинцет, зеркало
 4. штопфер, зонд
- 75) ПОЛОСТЬ ЗУБА В ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРМ В НАПРАВЛЕНИИ
 1. щёчно-нёбном
 2. по оси зуба
 3. переднезаднем
 4. щёчно-заднем
- 76) ПОЛОСТЬ ЗУБА В МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРМ В НАПРАВЛЕНИИ
 1. переднезаднем
 2. по оси зуба
 3. щёчно-язычном
 4. заднеязычном
- 77) К ПРИЧИНАМ ИЗБЫТОЧНОГО ВЫХОДА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ЗА ВЕРХУШЕЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ ОТНОСЯТ
 1. избыточное расширение апикального отверстия
 2. перфорацию стенки корневого канала
 3. отлом стержневого инструмента в канале
 4. недостаточную медикаментозную обработку канала
- 78) ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА БЕЗ ВЫВЕДЕНИЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПРОВОДЯТ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЕЁ
 1. ниже экватора зуба при хорошем доступе
 2. выше экватора зуба при отсутствии доступа
 3. ниже экватора зуба при отсутствии доступа
 4. выше экватора зуба при хорошем доступе
- 79) ТОННЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА ПОЗВОЛЯЕТ
 1. сохранить существующий естественный контактный пункт
 2. формировать контактный пункт
 3. сохранить жевательную поверхность

4. сохранить биологию пульпы
- 80) ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
 1. кальций, фтор
 2. натрий, магний
 3. йод, бром
 4. железо, стронций
- 81) ФОРМА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
 1. материалом для постоянной пломбы
 2. особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес
 3. медикаментозной обработкой
 4. формой бора для препарирования
- 82) СКОС ЭМАЛИ В 45° СОЗДАЮТ ДЛЯ
 1. увеличения адгезии и линии маскировки
 2. обезболивания
 3. уменьшения токсичности материала
 4. устранения смазанного слоя
- 83) ЦВЕТОМ МАРКИРОВКИ НАИБОЛЕЕ ГРУБЫХ БОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. чёрный
 2. красный
 3. синий
 4. зелёный
- 84) ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСКУССТВЕННОГО ДЕНТИНА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. простота использования
 2. короткое рабочее время
 3. цветостойкость
 4. недостаточная прочность к механическому воздействию
- 85) ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ
 1. полное раскрытие фиссуры
 2. максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
 3. частичное раскрытие фиссуры
 4. максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)
- 86) ДЛЯ ТОЧНОГО ПОДБОРА ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРОВОДЯТ
 1. удаление налёта с поверхности зуба
 2. предварительное протравливание
 3. избирательное шлифовывание
 4. обезболивание
- 87) НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТенок КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВОДИТ К
 1. рецидиву кариеса
 2. случайному вскрытию полости зуба
 3. облому стенки кариозной полости
 4. некрозу пульпы
- 88) ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВКЛЮЧАЕТ
 1. раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стенок кариозной полости, финирирование
 2. обезболивание, некрэктомию, финирирование
 3. обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию
 4. расширение кариозной полости, некрэктомию, финирирование
- 89) ПЛОМБИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВОЗМОЖНО
 1. послойным методом
 2. гибридным методом

3. вертикальным методом
4. осевой методикой
- 90) К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ В ТЕРАПИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ОТНОСЯТ
 1. реминерализующую терапию (минерализующие растворы)
 2. гигиенический и диетический режимы
 3. местное применение препаратов фтора
 4. назначение препаратов фтора внутрь
- 91) ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ХИМИЧЕСКОГО КОМПОЗИТА ПОЛИМЕРИЗАЦИОННАЯ УСАДКА ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ
 1. центра
 2. периферии
 3. протравленной эмали
 4. источника света
- 92) ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ И ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛЯРОВ И ТРУДНОДОСТУПНЫХ УЧАСТКОВ ПОВЕРХНОСТЕЙ КОРНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КЮРЕТА ГРЕЙСИ
 1. 7/8
 2. 3/4
 3. 11/12
 4. 13/14
- 93) ДЛЯ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ КЮРЕТЫ
 1. фуркационные
 2. Грейси
 3. Vision
 4. Лангера
- 94) КЮРЕТЫ ДЕЛЯТСЯ НА
 1. универсальные, зоноспецифические
 2. изогнутые, прямые
 3. серповидные
 4. зоноспецифические, изогнутые
- 95) СКЕЙЛЕРОМ (СЕРПОВИДНЫМ) НАЗЫВАЮТ ИНСТРУМЕНТ
 1. с агрессивным кончиком рабочей части
 2. с закруглённым кончиком рабочей части
 3. с алмазным покрытием рабочей части
 4. для работы в пародонтальных карманах глубиной до 4 мм
- 96) ОСМОТР ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С
 1. внешнего осмотра
 2. заполнения зубной формулы
 3. определения прикуса
 4. осмотра зубных рядов
- 97) ОПРОС ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С ВЫЯСНЕНИЯ
 1. жалоб
 2. истории жизни
 3. анамнеза заболевания
 4. перенесенных заболеваний
- 98) ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЕДИНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ «ЭНДОДОНТ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС (ЭНД)
 1. пульпа - дентин
 2. дентин - эмаль
 3. дентин - цемент
 4. пульпа – периодонт
- 99) ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ
 1. пинцета

2. зеркала
 3. углового зонда
 4. экскаватора
- 100) ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ
1. по всем поверхностям
 2. в пришеечной области
 3. на контактных поверхностях
 4. в фиссурах
- 101) СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ОЦЕНИВАЮТ МЕТОДОМ
1. осмотра
 2. зондирования
 3. рентгенографии
 4. опроса
- 102) ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
1. состояния нервных окончаний пульпы
 2. состояния нервных окончаний пародонта
 3. состояния сосудов
 4. возбудимости нервных окончаний пародонта
- 103) ДЛЯ ОСМОТРА ЗУБОВ НЕОБХОДИМЫ
1. зонд и зеркало
 2. пинцет и экскаватор
 3. шпатель и гладилка
 4. скальпель и элеватор
- 104) ОСМОТР ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
 2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
 3. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
 4. определение отклонения зуба от оси
- 105) ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. определение отклонения зуба от оси
 2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
 3. оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
 4. постукивание по зубу для определения состояния пародонта
- 106) ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРКУССИЕЙ ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ
1. пародонта
 2. пульпы
 3. костной ткани челюстей
 4. десны
- 107) СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ
1. внешнем осмотре
 2. осмотре полости рта
 3. пальпации
 4. расспросе
- 108) ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ
1. развитие настоящего заболевания
 2. перенесённые и сопутствующие заболевания
 3. жалобы больного
 4. данные объективного исследования

- 109) К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ
1. перкуссию и зондирование
 2. рентгенографию
 3. лабораторный анализ
 4. электроодонтодиагностику (ЭОД)
- 110) К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ
1. осмотр
 2. лабораторный анализ
 3. рентгенографию
 4. электроодонтодиагностику (ЭОД)
- 111) ПАЛЬПАЦИЮ ПРОВОДЯТ ДЛЯ
1. определения состояния регионарных лимфатических узлов
 2. выявления сообщения кариозной полости с полостью зуба
 3. обнаружения кариозной полости
 4. определения размеров кариозной полости
- 112) ОБНАРУЖИТЬ КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ВОЗМОЖНО ПРИ
1. зондировании
 2. внешнем осмотре
 3. перкуссии
 4. лабораторном анализе
- 113) ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. определение реакции зуба на холодовые раздражители
 2. оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
 3. определение отклонения зуба по оси
 4. ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей
- 114) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке
 2. способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
 3. способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
 4. способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния
- 115) К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСИТСЯ
1. электроодонтодиагностика (ЭОД)
 2. внешний осмотр
 3. зондирование
 4. пальпация
- 116) ЗОНДИРОВАНИЕ ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ
1. обнаружить кариозную полость
 2. определить состояние сосочков языка
 3. оценить состояние верхушечного периодонта
 4. выявить патологию прикуса
- 117) ЗОНДИРОВАНИЕ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ БОЛЕЗНЕННО
1. по дну
 2. по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
 3. в пришеечной области
 4. по эмали
- 118) ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ БОЛЕЗНЕННО В ОБЛАСТИ

1. стенок (эмалево-дентинное соединение)
 2. дна
 3. в пришеечной области
 4. эмали
- 119) ЗОНДИРОВАНИЕ СТенок КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА
1. безболезненно
 2. болезненно
 3. слабо болезненно
 4. резко болезненно
- 120) ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ СОСТОЯНИЕ
1. пульпы
 2. периодонта
 3. эмали
 4. дентина
- 121) ПУГОВЧАТЫЙ ЗОНД ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ
1. определения глубины и рельефа пародонтального кармана
 2. зондирования кариозных полостей
 3. измерения величины рецессии
 4. обнаружения поддесневых зубных отложений
- 122) МЕТОДИКА «СИЛИКОНОВОГО КЛЮЧА» ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ
1. формирования нёбной поверхности реставрации
 2. формирования апроксимальной поверхности реставрации
 3. создания контактного пункта
 4. создания вестибулярной поверхности реставрации
- 123) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИЧИННОГО ЗУБА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ИЗМЕРЕНИЕ С ЗУБА
1. такого же на противоположной стороне зубной дуги
 2. любого другого
 3. причинного
 4. антагониста
- 124) ПАСТЫ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ
1. подавления роста бактерий корневого канала, стимуляции репаративных процессов
 2. остановки кровотечения
 3. заполнения микропространств корневого канала и склеивания штифтов
 4. удаления смазанного слоя
- 125) АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ 5 ПОКОЛЕНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ ТЕХНИКУ ПРИМЕНЕНИЯ
1. двухшаговую - кондиционирование тканей зуба раствором фосфорной кислоты 35-37% и нанесение однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
 2. двухшаговую - кондиционирование тканей зуба самопротравливающим несмываемым праймером и нанесение однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
 3. трёхшаговую - кондиционирование тканей зуба раствором фосфорной кислоты 35-37% , нанесение праймера на дентин и нанесение адгезива на эмаль и дентин зуба
 4. одношаговую - нанесение самопротравливающего адгезива на эмаль и дентин зуба
- 126) ФОРМА КОРНЕВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ДОЛЖНА БЫТЬ
1. конусной на всем протяжении
 2. с параллельными стенками
 3. воронкообразной
 4. округлой

- 127) ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ II КЛАССА ПО БЛЭКУ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
1. нано-, макро-наполненные композиционные
 2. стеклоиономерные цементы
 3. микронаполненные композиционные
 4. поликарбоксилатные цементы
- 128) ПЕРЧАТКИ И МАСКИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ
1. меняются после каждого пациента
 2. после использования стерилизуются в автоклаве
 3. не меняются, обрабатываются раствором антисептика после каждого пациента
 4. выбрасываются в пакет с отходами с литерой «А»
- 129) ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ
1. пульпы
 2. твёрдых тканей зуба
 3. альвеолярной кости
 4. десны
- 130) ВИТАЛЬНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1. удаление всей пульпы под анестезией
 2. удаление всей пульпы после её девитализации
 3. частичное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии
 4. удаление коронковой пульпы после её девитализации
- 131) ЭФФЕКТ МЕСТНОЙ ФЛЮОРИЗАЦИИ ОСНОВАН НА
1. активности процессов реминерализации и образовании фторапатита
 2. изменении pH зубного налёта
 3. укреплении белковой матрицы эмали
 4. улучшении трофики зуба
- 132) ЗУБНОЙ НАЛЁТ НЕ ОКРАШИВАЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА
1. зубного налёта Силнесс – Лое
 2. гигиены Грина – Вермиллиона
 3. гигиенического Фёдорова – Володкиной
 4. интердентального гигиенического
- 133) ОБЩИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС
1. КПУ
 2. СРІТН
 3. ГИ (по Фёдорову-Володкиной)
 4. РМА
- 134) В НОРМЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОРОГОВОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ПУЛЬПЫ СОСТАВЛЯЮТ (МКА)
1. 2-6
 2. 12-18
 3. 20-40
 4. свыше 100
- 135) СОЗДАНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РАСКРЫТИИ ПОЛОСТИ ЗУБА В РЕЗЦАХ ПРОИЗВОДИТСЯ
1. в центральной точке коронки (с небной поверхности зуба)
 2. со стороны режущего края
 3. в области медиального края коронки
 4. в области дистального края коронки
- 136) ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТОМ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ И ВЫРАВНИВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. Н-файл
 2. алмазный бор
 3. пульпэкстрактор

4. плагер
- 137) ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. ЭДТА в жидкой форме
 2. ЭДТА в гелевой форме
 3. эндометазон
 4. гуттасольв
- 138) ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ ЭДТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. декальцинация дентина
 2. антисептическое действие
 3. увлажнение канала
 4. усиление режущих свойств эндодонтических инструментов
- 139) К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТСЯ
1. препараты на основе гидроокиси кальция
 2. препараты сульфаниламидные
 3. антибиотики и антисептики
 4. кортикостероиды
- 140) СТАНДАРТНАЯ ТЕХНИКА РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ С КОНУСНОСТЬЮ (%)
1. 2
 2. 4
 3. 6
 4. 12
- 141) ОСЛОЖНЕНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ МЕТОДИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАСТВОРОМ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. некроз мягких тканей
 2. гальванизм
 3. растворение смазанного слоя
 4. неврит лицевого нерва
- 142) ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ ГИДРООКСИ КАЛЬЦИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ В СВЯЗИ С ИХ СВОЙСТВАМИ
1. щелочными
 2. нейтральными
 3. кислотными
 4. кровоостанавливающими
- 143) КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ НА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ С НАРУШЕНИЕМ ЦЕЛОСТНОСТИ РЕЖУЩЕГО КРАЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЕКА ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ
1. 4
 2. 3
 3. 2
 4. 1
- 144) КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ НА КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЕКА ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ
1. 2
 2. 3
 3. 4
 4. 1
- 145) КАРИОЗНЫЕ ПОЛОСТИ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЛЯРОВ, ПРЕМОЛЯРОВ, СЛЕПЫХ ЯМКАХ ПО КЛАССИФИКАЦИИ БЛЕКА ОТНОСЯТСЯ К _____ КЛАССУ

1. 1
2. 2
3. 3
4. 5

146) СПОСОБНОСТЬЮ ДЛИТЕЛЬНО ВЫДЕЛЯТЬ ФТОР ОБЛАДАЮТ

1. стеклоиономерные цементы
2. поликарбоксилатные цементы
3. композиты
4. амальгамы

147) МАТЕРИАЛ С НИЗКИМ МОДУЛЕМ ЭЛАСТИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ВЫБОРОМ ДЛЯ РЕСТАВРАЦИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ ____ КЛАССА

1. V
2. II
3. III
4. IV

148) ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ПРИДЕСНЕВОЙ СТЕНКИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НИЖЕ УРОВНЯ ДЕСНЫ ПЛОМБИРОВАНИЕ ЭТОЙ ОБЛАСТИ ПРОИЗВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ

1. стеклоиономерного цемента
2. текучего композита
3. компомера
4. ормокера

149) К ИНИЦИАТОРАМ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ МАТЕРИАЛА СВЕТООВОГО ОТВЕРЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ

1. камфорахинон
2. ароматические амины
3. пероксид бензоила
4. камфорахинон и ароматические амины

150) МИКРОРЕТЕНЦИЯ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. проникновением адгезива в микропространства протравленной эмали
2. фиксацией пломбы за счет конвергенции стенок кариозной полости
3. фиксацией пломбировочного материала в ретенционных пунктах
4. фиксацией пломбы за счет анкеров, пинов, постов

151) ДЛЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕСТАВРАЦИИ БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. нанокомпозит
2. стеклоиономерный цемент
3. текучий композит
4. микронаполненный композит

152) ДЛЯ СОЗДАНИЯ ОСНОВЫ РЕСТАВРАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ _____ ОТТЕНОК МАТЕРИАЛА

1. опаковый
2. эмалевый
3. прозрачный
4. любой

153) ДЛЯ СОЗДАНИЯ СУПЕРАДАПТИВНОГО СЛОЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

1. текучий композит
2. композит обычной консистенции
3. пакуемый композит
4. компомер

154) АДГЕЗИВНУЮ СИСТЕМУ НАНОСЯТ

1. после этапа кондиционирования кислотой

2. перед этапом кондиционирования кислотой
 3. после внесения жидкотекучего композиционного материала
 4. перед этапом наложения изолирующей прокладки
- 155) ПРЕПАРАТОМ С ВЫРАЖЕННЫМ АКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ ИНФИЦИРОВАННЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ
1. гипохлорита натрия раствор
 2. лизоцима раствор
 3. фурацилина раствор
 4. дистиллированная вода
- 156) ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ В ПРОЦЕНТНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ
1. 0,5-5,25
 2. 10-20
 3. 30-40
 4. 6,5-7,25
- 157) МЫШЬЯКОВИСТАЯ ПАСТА КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ЗУБ 2.6 НА
1. 48 часов
 2. 24 часа
 3. 3 суток
 4. 6 суток
- 158) МЫШЬЯКОВИСТАЯ ПАСТА КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ЗУБ 1.3 НА
1. 24 часа
 2. 48 часов
 3. 3 суток
 4. 6 суток
- 159) ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ В КАЧЕСТВЕ СИЛЕРА ПРИМЕНЯЮТ
1. пасту на основе эпоксидных смол
 2. резорцин-формалиновую пасту
 3. гидроксид кальция
 4. фосфат-цемент
- 160) ДЛЯ ФИКСАЦИИ СТЕКЛОВОЛОКОННЫХ ШТИФТОВ ПРИМЕНЯЮТ
1. цементы двойного отверждения
 2. фосфат-цемент
 3. текучие композиты
 4. микрофильные композиты
- 161) КОРНЕВОЙ КАНАЛ ТРУДНО ПОДДАЕТСЯ РАСПЛОМБИРОВАНИЮ, ЕСЛИ ОН ОБТУРИРОВАН
1. фосфат-цементом
 2. цинкоксидэвгеноловой пастой
 3. йодоформной пастой
 4. пастой на основе гидроокиси кальция
- 162) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПЛОМБИРУЮТ
1. до физиологической верхушки
 2. не доходя 4 мм до рентгенологической верхушки корня
 3. на $\frac{2}{3}$ длины канала
 4. до анатомической верхушки
- 163) КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ _____ ДЕНТИНА НА ДНЕ И СТЕНКАХ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ

1. светлого плотного, не окрашивающегося детектором кариеса
 2. светлого и плотного, окрашивающегося детектором кариеса
 3. пигментированного
 4. размягчённого
- 164) ДЛЯ ИРРИГАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ _____ РАСТВОР _____%
1. гипохлорита натрия; 3
 2. перекиси водорода; 10
 3. йода спиртовой; 5
 4. хлоргексидина; 20
- 165) ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ
1. пасту на основе гидроокиси кальция
 2. цинкоксидэвгенольный цемент
 3. резорцин-формалиновую пасту
 4. герметик на основе эпоксидных смол
- 166) ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО ДЛИНЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. К-файл
 2. К-ример
 3. Н-файл
 4. пульпоэкстрактор

Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен

3.1 Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к экзамену: (ОПК-6,ПК-5,ПК-8):

1. История развития стоматологии, вклад отечественных ученых в развитие отечественной стоматологии.
2. Организация и структура стоматологической поликлиники, терапевтического отделения, стоматологического кабинета.
3. Санитарно-гигиенические нормы, предъявляемые к терапевтическому стоматологическому кабинету. Техника безопасности.
4. Стоматологические установки. Виды и принципы работы. Уход.
5. Эргономические основы организации рабочего места. Техника безопасности.
6. Стоматологические наконечники. Виды и принципы работы. Основные неисправности наконечников. Уход.
7. Стоматологические боры. Международная стандартизация. Назначение. Выбор при работе.
8. Абразивные стоматологические инструменты. Международная стандартизация. Назначение. Выбор при работе.
9. Стоматологический инструментарий. Классификация. Функциональное назначение.
10. Эндодонтический инструментарий. Международная стандартизация. Классификация. Назначение.
11. Уход за инструментами, оборудованием. Дезинфекция. Стерилизация. Профилактика инфекционных заболеваний (СПИД, гепатит и др.).
12. Эмаль зуба. Химический состав и гистологическое строение. Физиологические особенности.
13. Дентин зуба. Химический состав и гистологическое строение. Физиологические свойства.
14. Цемент зуба. Химический состав и гистологическое строение.
15. Клиническая анатомия постоянных зубов.
16. Особенности анатомического и диетологического строения временных зубов.
17. Клиническая анатомия временных и постоянных зубов в возрастном аспекте.
18. Анатомо-топографические особенности полости зуба постоянных зубов.
19. Методы обследования стоматологического больного. Деонтология.

20. Основные методы обследования стоматологического больного (опрос, жалобы, анамнез жизни, анамнез болезни).
21. Объективные методы обследования стоматологического больного.
22. Инструментальное исследование (фондирование, перкуссия, определение подвижности зубов). Значение.
23. Дополнительные методы обследования стоматологического больного.
24. Электроодонтодиагностика. Значение. Мелодика проведения.
25. Рентгенологическое обследование. Виды. Значение. Правила чтения рентгенограмм.
26. Основные принципы диагностического процесса. Предварительный и окончательный диагноз, понятие о дифференциальной диагностике.
27. Заполнение истории болезни. Формула зубов с учетом ВОЗ. Условные обозначения. Наиболее перспективные системы обозначения зубов.
28. Правила ведения медицинской документации врача-терапевта.
29. Кариес зуба. Понятие. Классификация. Методика лечения.
30. Принципы препарирования кариозных полостей.
31. Этапы препарирования кариозных полостей по Блеку. Выбор инструмента. Методика работы.
32. Основные требования, предъявляемые к сформированной кариозной полости.
33. Дополнительная площадка. Назначения. Требования, предъявляемые к дополнительной площадке. Особенности формирования при различных классах.
34. Парапальпарные штифты. Виды. Показания к применению. Мелодика работы.
35. Кариозные полости I класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
36. Кариозные полости II класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
37. Кариозные полости III класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
38. Кариозные полости IV класса по Блеку. Особенности препарирования. Варианты формирования. Ошибки. Профилактика.
39. Кариозные полости V класса по Блеку. Особенности препарирования. Ошибки. Профилактика.
40. Особенности препарирования кариозных полостей под композиционные пломбировочные материалы.
41. Цель и этапы пломбирования кариозных полостей.
42. Пломбировочные материалы. Классификация. Выбор пломбировочного материала.
43. Временные пломбировочные материалы. Показания к применению. Физико-химические свойства. Методика приготовления и пломбирования.
44. Постоянные пломбировочные материалы. Классификация. Сравнительная характеристика. Требования, предъявляемые к материалу.
45. Стоматологические прокладки. Назначение. Классификация.
46. Лечебные стоматологические прокладки. Виды. Состав. Показания к применению. Методика пломбирования.
47. Изолирующие стоматологические прокладки. Методика пломбирования.
48. Цементы. Классификация. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.
49. Силикатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
50. Силикофосфатные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
51. Амальгамы. Классификация. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика пломбирования. Техника безопасности при работе с амальгамой.
52. Стеклоиономерные цементы. Состав. Свойства. Показания к применению. Методика приготовления и пломбирования.
53. Композиционные пломбировочные материалы. Классификация. Показания к применению.
54. Композиционные пломбировочные материалы химического отверждения. Состав. Свойства. Методика приготовления и пломбирования.

55. Светоотверждаемые пломбировочные материалы: Классификация. Состав. Свойства. Методика пломбирования.
56. Вспомогательные инструменты для пломбирования кариозных полостей. Матрицы, матрицедержатели, клинья. Назначение.
57. Отделка пломбы. Значение. Сроки проведения. Оценка качества пломбы.
58. Кариозные полости I класса по Блеку. Методика пломбирования.
59. Кариозные полости II класса по Блеку. Методика пломбирования.
60. Кариозные полости III класса, по Блеку. Методика пломбирования.
61. Кариозные полости IV класса по Блеку. Методика пломбирования.
62. Кариозные полости V класса по Блеку. Методика пломбирования.
63. Контактный пункт. Физиологическое значение. Методика восстановления.
64. Кариес зуба. Этапы лечения.
65. Методика и этапы лечения среднего кариеса. Ошибки.
66. Методика и этапы лечения глубокого кариеса. Ошибки.
67. Ошибки при лечении кариеса.
68. Методы обезболивания, применяемые в терапевтической стоматологии.
69. Пульпит. Понятие. Классификация. Методы лечения.
70. Трепанация коронки интактного зуба при эндодонтических вмешательствах. Показания. Методика.
71. Особенности препарирования кариозной полости при эндодонтических вмешательствах. Требования к сформированной полости.
72. Метод витальной ампутации. Методика, ошибки и осложнения.
73. Метод витальной экстирпации. Методика. Ошибки и осложнения. Защита врача и больного от ВИЧ-инфекций.
74. Препарирование корневого канала: прохождение, расширение, формирование. Инструментарий. Методика. Ошибки и осложнения.
75. Медикаментозная обработка корневых каналов. Назначение. Лекарственные средства. Методика. Контроль чистоты канала.
76. Метод девитализации пульпы. Методика проведения.
77. Метод девитальной экстирпации. Методика. Ошибки и осложнения.
78. Труднопроходимые корневые каналы. Причины. Методы расширения корневых каналов.
79. Метод девитальной ампутации. Методика. Ошибки и осложнения.
80. Резорцин-формалиновый метод. Показания. Методика проведения. Преимущества и недостатки.
81. Методика эндодонтического лечения многокорневых зубов: инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов. Апекслокация.
82. Методы расширения корневых каналов: механический, химический, физический.
83. Методика расширения корневых каналов: от меньшего размера к большему (StepBack).
84. Методика расширения корневых каналов от большего размера к меньшему (CrownDown).
85. Мелтодика химического расширения корневых каналов. Лекарственные средства для химического расширения корневых каналов.
86. Периодонтит. Понятие. Особенности препарирования и медикаментозной обработки корневых каналов при периодонтитах.
87. Периодонтит. Особенности препарирования корневых каналов при остром и хроническом периодонтитах.
88. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Классификация. Требования, предъявляемые к пломбировочным материалам для корневых каналов. Выбор пломбировочных материалов.
89. Сравнительная характеристика пломбировочных материалов, для корневых каналов.
90. Штифты для корневых каналов. Классификация. Методика пломбирования.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Стоматологическая поликлиника. Права и обязанности врача-стоматолога.
2. Стоматологическое оборудование. Организация рабочего места врача-стоматолога на терапевтическом приеме. Стоматологический инструментарий.

3. Асептика и антисептика в терапевтической стоматологии. Стерилизация стоматологического инструментария. Обработка рук и перчаток.
4. Кариес. Определение. Классификация. Общая симптоматология. Этапы и принципы лечения и препарирования полостей при кариесе.
5. Препарирование полостей по Блеку.
6. Понятие об эндодонтии. Топографо-анатомические особенности полости зуба и корневых каналов зубов верхней челюсти.
7. Топографо-анатомические особенности полости зуба и корневых каналов зубов нижней челюсти.
8. Эндодонтический инструментарий классификация, правила работы, хранения и стерилизации.
9. Основные принципы и этапы эндодонтического лечения.
10. Методы препарирования и медикаментозной обработки каналов корневых каналов.
11. Понятие о пульпите и методах его лечения. Классификация. Витальные методы лечения пульпита: биологический, ампутирующий. Показания и этапы проведения методов.
12. Девитальные методы лечения пульпита. Методика и правила наложения девитализирующих паст
13. Экстирпационный метод. Витальный и девитальный. Показания, этапы проведения.
14. Понятие о периодонтите. Этапы лечения.
15. Инструментальные, химические и физические методы расширения плохо проходимых корневых каналов и при повторном эндодонтическом вмешательстве. Импрегнационные методы.
16. Методы пломбирования корневых каналов.
17. Ошибки и осложнения при эндодонтическом вмешательстве.
18. Организация хирургической стоматологической помощи населению.
19. Принцип «тройного воздействия» по Лукомскому.
20. Топографическая анатомия тройничного нерва.
21. Топографическая анатомия корней зубов верхней и нижней челюсти.
22. Инструменты, применяемые для удаления зубов и корней.
23. Обследование в клинике ортопедической стоматологии
24. Организация работы ортопедического отделения
25. Организация работы зуботехнической лаборатории
26. Наконечники отечественного и импортного производства.
27. Бормашины. Стоматологические кресла.
28. Асептика, антисептика в хирургической стоматологии
29. Способ пломбирования цементом или пастой.
30. Способы пломбирования силером и филером.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-6	готовность к ведению медицинской документации	<p>Знать: Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи</p>	Отсутствие знаний правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи
		<p>Уметь: Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональным и требованиями</p>	Отсутствие умений правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Частично освоенные умения правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения правил ведения медицинской документации на различных этапах	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения правил ведения медицинской документации на	Сформированное умение правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи

					оказания медицинской помощи	различных этапах оказания медицинско й помощи	
		Владеть: Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональ ных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональ ных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематическ и проявляемое владение навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональ ных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки заполнения используем ых при решении конкретных профессион альных задач медицински х документов в рамках изучаемой дисциплин ы	Успешное и систематически применяемые навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональн ых задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины
Формируема я компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его	Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, па-	Отсутствие знаний понятий этиологии, пато- генеза, морфогенеза,	Фрагментарные знания понятий этиологии, пато- генеза, морфогенеза,	Общие, но не структу- рированные знания понятий	В целом сформирова нные, но содержащие	Сформи- рованные система-тические знания понятий

	<p>анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</p>	<p>томорфоза, принципы классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>неза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>неза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>отдельные пробелы знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов</p>	<p>этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	
		<p>Уметь: Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Отсутствие умений проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Частично освоенные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>

ПК-8	способностью к определению тактики ведения больных различными стоматологическими заболеваниями	Знать: особенности течения и возможные осложнения при различной стоматологической патологии	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Общие, но не структурированные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии
		Уметь: Исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Отсутствие умений исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Сформированное умение исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		Владеть: Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с	Отсутствие навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с	Фрагментарное применение навыков составления индивидуальной тактики ведения	В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение	В целом успешное, но содержащие отдельные пробелы	Успешное и систематически применяемые навыки составления индивидуальной

		различными стоматологическим и заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	навыками составления индивидуально й тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины	тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в рамках изучаемой дисциплины
--	--	----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль. Решение ситуационных задач, работа на симуляторах.

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки работы на симуляторах

«Зачтено» выставляется при условии, если у обучающегося сформированы заявленные компетенции, он демонстрирует хорошие знания методологии практических навыков; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт; уверенно на достаточном уровне демонстрирует практические навыки на симуляторах.

«Не зачтено» выставляется при условии, если у обучающегося не сформированы заявленные компетенции, он демонстрирует нетвердые знания методологии практических навыков; не умеет

переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт; не демонстрирует практические навыки на симуляторах.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.